



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M

MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Spett.le Cooperativa “San Francesco” s.c.s
Viale Mario Milazzo n. 71
95041 Caltagirone (CT)

Pec: sanfrancescoscs@pec.it

Allegato A – MANIFESTAZIONE DI INTERESSE.

Oggetto: **Avviso Pubblico per la Manifestazione d’interesse per l’accreditamento di Imprese, società cooperative sociali, enti del terzo settore, enti no-profit**, operanti o che intendono operare nel territorio del **Distretto socio-sanitario 43 – Comune capofila Vittoria**, finalizzato alla costituzione di una long list di aziende ospitanti **Tirocini di inclusione sociale a favore di soggetti in difficoltà economica anche in condizioni di vulnerabilità percettori o che hanno fruito del SIA – REI** nell’ambito del programma PON INCLUSIONE di cui all’Avviso 3/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali FSE 2014-2020 - AZIONE B.2. b. – CUP PAL: D41E18000190003 - CUP PON:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

(Ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto _____, nato a _____, il _____ e residente a _____, via _____ n. _____, C.F. _____ nella qualità di _____ dell’azienda _____ con sede in _____ p.iva _____; email _____ pec: _____ settore attività _____

consapevole di quanto prescritto dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità **manifesta l’interesse dell’operatore economico rappresentato e iscriversi nella long list in oggetto, nella qualità di soggetto ospitante, i tirocini di inclusione sociale finalizzati all’autonomia delle persone e alla riabilitazione di cui al d.lgs n. 147 Art. 7 c.1 Codice B.2.b delle linee guida.**

A tal fine consapevole delle sanzioni penali richiamate all’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

Di aver preso visione e di accettare integralmente l’avviso in oggetto, condividerne la finalità e gli obiettivi e di accettare espressamente e incondizionatamente l’intero contenuto;

Di avere sede legale e/o operativa in _____ fornire indirizzo completo della sede legale e/o operativa:



Che l'impresa è iscritta alla camera di commercio di _____ n. iscrizione dal _____

R.E.A _____

Forma giuridica _____

Denominazione _____

Sede legale _____

Eventuali sedi operative:

1. _____

2. _____

3. _____

Codice fiscale _____

Partita IVA _____

Data di costituzione _____

Forma amministrativa _____

n.ro di amministratori in carica _____

titolari di cariche e qualifiche:

cognome	Nome	Nato il	Residente	Via	Cf	Carica

Attività, albi ruoli e licenze _____

Storia _____ delle _____ modifiche

dell'azienda: _____

Dichiara l'inesistenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs 50/2016 e ss.mm.ii. come da allegato B.

Di possedere matricola INPS _____ sede di _____





UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M

MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Di possedere il n. di P.A.T. INAIL _____ sede di _____

Ce è in regola con i contributi previdenziali e gli adempimenti a tutele degli infortuni sul lavoro e non esistono inadempienze in atto e rettifiche notificate, non contestate e non pagate,

di non aver effettuato negli ultimi 12 mesi licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa per giustificato motivo soggettivo/oggettivo o per raggiungimento dei limiti di pensionamento.

Di non essere incorso in cassa integrazione guadagni (ordinaria, straordinaria e in deroga).

Di essere in regola con l'applicazione del CCNL della categoria di appartenenza.

Di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e successive modifiche e con le linee guida contenute negli allegati 11 e 12 al Dpcm 17 maggio 2020, "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro"

Di non essere destinatari di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al D.L. 8 giugno 2001 n. 231;

per le Cooperative sociali/enti no profit in genere obbligo di allegare attestazione di revisione ovvero certificato di revisione.

Dichiara altresì:

di essere disponibile ad accogliere per lo svolgimento del tirocinio n. _____ beneficiario/i che fa/fanno parte dei nuclei famigliari che fruiscono delle misure di sostegno al reddito SIA/REI/RDC residenti nei comuni del distretto socio sanitario n. 43 di Vittoria e che hanno firmato un progetto personalizzato/patto per l'inclusione e risultino in stato di disoccupazione avendo sottoscritto patto per il lavoro e/o patto di servizio con il competente centro per l'impiego.

Profilo professionale di riferimento del Tirocinio _____

Sede del/i tirocinio/i (indicare indirizzo completo) _____

Il sottoscritto si impegna a tenere apposito registro di presenza del tirocinante fornito dal soggetto promotore; ad individuare un tutor aziendale il quale sarà responsabile delle attività e garante dell'attuazione del tirocinio.

Luogo e data _____

Timbro e firma del legale rappresentante

Si allega documento di identità valido