



Comune di Capo d'Orlando

(Città Metropolitana di Messina)

Area Omogenea Territoriale Distrettuale n. 2

Comuni di: Capo d'Orlando – Capofila – Capri Leone – Torrenova

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO

Ufficio Piano dell'AOD n. 2 Dss 31

ALLEGATO A – ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE LONG LIST realizzazione TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS31. PAO 2018/2019. CUP. C11F19000150002.

Dati identificativi dell'organico

3.1.1 Soggetto Proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N.° iscrizione CCIAA _____

Luogo e data di iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

Pec _____

Indirizzo sede operativa interessata _____ Comune _____

Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

P.IVA _____ C.F. _____

Referente

Cognome e nome _____

Posizione _____ Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

3.1.2 TIPOLOGIA SOGGETTO

Barrare la casella corrispondente

Cooperative sociali

Associazioni Cooperative Sociali (tipo A e tipo B)

Associazioni

Fondazioni

3.1.3 NUMERO DIPENDENTI

Barrare la casella corrispondente

Compreso tra 1 e 20

Superiore a 20 ed inf. a 50

Superiore a 50 (n. _____)

3.1.4 PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE

Il soggetto proponente,

CHIEDE

di ospitare presso la propria Azienda n. _____ beneficiari di tirocini di inserimento e/o reinserimento al lavoro di cui all'Azione PAO 2018/2019 per la realizzazione di TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS 31 CUP C11F19000150002, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Capo d'Orlando, Capofila dei Comuni associati dell'AOD 2 Distretto Socio Sanitario 31. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Capo d'Orlando tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Luogo Data _____

Firma _____



Comune di Capo d'Orlando

(Città Metropolitana di Messina)

Area Omogenea Territoriale Distrettuale n. 2

Comuni di: Capo d'Orlando – Capofila – Capri Leone – Torrenova

All. B- Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt.46 e 47 DEL D.P.R. n. 445/2000.-

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a.....il....., residente a.....
via/piazza.....n.....codice Fiscale....., in qualità di legale rappresentante
dell'impresa..... - codice fiscale....., consapevole,
delle responsabilità penali –
richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 – cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di
atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,
dichiara*

- di conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina l'intervento di cui all'Azione PAO 2018/2019 per la realizzazione di TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS 31 CUP C11F19000150002.
- che ha sede operativa interessata ricadente nel territorio del Comune di
- che non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/ oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che non è ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, straordinaria ed in deroga) nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto;
- che è regolarmente iscritta al registro delle imprese per il settore.....o non tenuta ai sensi della legge;
- di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;
- di essere titolare di Partita IVA n.....o C.F.;
- che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'impresa non è Ente destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- che l'impresa è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del CCNL e del contratto di categoria, di diritto al lavoro dei disabili, nonché con il pagamento dei tributi locali;
- che l'impresa si impegna a tenere a disposizione del Comune di Capo d'Orlando ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola.

Liberatoria per il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a..... autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs. 196/03.

Data.....FIRMA

Si allega: copia documento di riconoscimento in corso di validità.

* Dichiarare le voci che ricorrono.