



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

**PON**  
INCLUSIONE

**M**



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



## COMUNE DI GIOIOSA MAREA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30  
COMUNE CAPOFILA PATTI

**AL COMUNE DI GIOIOSA MAREA**

Distretto Socio-Sanitario n.30

**Tramite il COMUNE DI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**

**Oggetto: ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE DI UNA LISTA DI ACCREDITAMENTO per la realizzazione di TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE" di cui al PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL) – FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2021**

**Soggetto Ospitante:**

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/Tutor**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**NUMERO DIPENDENTI**

*Barrare la casella corrispondente*

- Compreso tra 1 e 20
- Superiore a 20 ed inf. a 50
- Superiore a 50 (n. \_\_\_\_\_)

**PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE:**

\_\_\_\_\_

Il soggetto ospitante,

**CHIEDE**

di ospitare presso la propria Azienda n. \_\_\_\_\_ **beneficiari** di tirocini di inclusione sociale di cui all'Azione **“TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE”** di cui al **PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL) – FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2021** in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Gioiosa Marea. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

*Luogo e Data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_



# COMUNE DI GIOIOSA MAREA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30  
COMUNE CAPOFILA PATTI

## ALLEGATO 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**

*(dichiarare le voci che ricorrono)*

- di conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina l'intervento di cui al "Piano Attuazione Locale (PAL) per la programmazione delle risorse della Quota Servizi del Fondo Povertà annualità 2021"
- che l'impresa ha sede operativa interessata ricadente nel territorio del Comune di .....
- che l'impresa 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 l'impresa è regolarmente iscritta al registro delle imprese di ..... per il settore.....;
- 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..... e 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 riferimento 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. 196/2003.

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

*Luogo e Data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_