



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

POIN
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

ALLEGATO 1



Sciacca



Menfi



Sambuca di Sicilia



Santa Margherita B.



Caltabellotta



Montevago



A.S.P. Agrigento

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DSS/7 COMUNE CAPOFILA SCIACCA

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DISTRETTUALE DI AZIENDE/SOCIETA'/IMPRESE VARIE ACCREDITATE PER OSPITARE TIROCINI FORMATIVI/VOUCHER FINANZIATI A VALERE SUL FONDO SOCIALE EUROPEO PER L'ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO PER INCLUSIONE ATTIVA (SIA/REI) PREVISTA DAL PON INCLUSIONE (AVVISO N.3/2016), GIUSTA CONVENZIONE N. AV3-2016-SIC 49 DEL 30/11/2017.

CUP E61H17000120006

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente in Via/Piazza _____ tel. _____

nella qualità di Titolare/Legale Rappresentante della Ditta _____ con

sede in via _____ P.Iva/C.F. _____

Pec: _____ e-mail _____

essendo in possesso di tutti i requisiti di accreditamento approvati con D.D. n. _____ del _____

CHIEDE

di essere accreditato PER OSPITARE TIROCINI FORMATIVI/VOUCHER FINANZIATI A VALERE SUL FONDO SOCIALE EUROPEO PER L'ATTUAZIONE DEL SOSTEGNO PER INCLUSIONE ATTIVA (SIA/REI) PREVISTA DAL PON INCLUSIONE (AVVISO N.3/2016), GIUSTA CONVENZIONE N. AV3-2016-SIC 49 DEL 30/11/2017.



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M

MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 e seguenti del D.P.R. 445/2000, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

a) di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione dalle procedure di aggiudicazione secondo quanto previsto dall'art 80 del D. Lgs. 50/2016 ;

b) di essere iscritto al registro delle imprese presso C.C.I.A.A. di _____ per l'attività di _____ numero e data di iscrizione _____ organi di amministrazione, persone che li compongono (indicare nominativi e generalità dei componenti Consiglio di amministrazione muniti di rappresentanza):

che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio di tutti i suoi diritti e non si trova in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione di attività, l'inesistenza di cause di decadenza, di divieto e di sospensione di cui all'art. 10 della legge 575/65 e ss.mm.ii;

c) di applicare integralmente il seguente CCNL di settore _____ rispetto alla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro;

d) di rispettare gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse;

e) di rispettare gli obblighi in materia contributiva e previdenziale (DURC);

f) di avere posizione regolare rispetto agli obblighi ed agli adempimenti previsti in materia di diritto al lavoro dei soggetti diversamente abili di cui alla legge 68/99 e ss.mm.ii, (ove richiesto);

g) di avere esperienza nell'ultimo anno dei seguenti servizi/attività, come di seguito descritti: _____

h) di essere in regola con tutte le disposizioni di legge vigenti in materia di rapporti di lavoro ed in particolare di non avere in corso procedure per il lavoro sommerso;

i) di avere adempiuto, all'interno della propria azienda, agli obblighi di sicurezza e di igiene sul lavoro, previsti dalla normativa vigente con particolare riferimento alla formazione obbligatoria prevista dal Decreto Legislativo 81/2008;

l) di impegnarsi a sottoscrivere, in caso di accreditamento, il Protocollo di legalità "Accordo quadro Carlo Alberto Dalla Chiesa" stipulato il 12 luglio 2005 fra la Regione siciliana, il Ministero dell'interno, le Prefetture dell'Isola, l'Autorità di vigilanza sui lavori pubblici, l'INPS e l'INAIL (circolare Assessore regionale LL.PP. n. 593 del 31 gennaio 2006);

m) Solo nel caso di Cooperative sociali / enti no profit in genere:

- di essere in possesso di attestazione di revisione in corso di validità;

- di avere adottato la Carta dei Servizi (da allegare);

- estremi dell'atto costitutivo e del relativo statuto, con indicazione della sede, durata, attività di competenza ed organi di rappresentanza con relativi estremi anagrafici e residenza:



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Iscrizione Albo regionale, ove previsto, per l'attività svolta, con

n. _____ sez. _____

DICHIARA ALTRESI'

Di essere disponibile ad ospitare presso le proprie strutture e i propri servizi un numero massimo di _____ (comunque non superiore a 3 tirocinanti) soggetti beneficiari del progetto in parola;

di individuare nei seguenti servizi le possibili attività dove impiegare i soggetti di cui all'oggetto: _____

di aver preso visione e accettato integralmente quanto contenuto nell'Avviso in oggetto.

Di essere informato, ai sensi e per effetto del D. Lgs n. 196/2003 " Codice in materia di protezione di dati personali " , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

SI IMPEGNA A:

- a) Utilizzare il beneficiario esclusivamente per l'attività selezionata ed in affiancamento al personale dipendente;
- b) Sottoscrivere per ciascun beneficiario un "progetto personalizzato" come previsto ai sensi del punto 3 delle " Linee guida per i tirocini di orientamento formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione" di cui all' Accordo tra Governo e Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 22/01/2015;
- c) Impegnare il beneficiario per il numero di ore previsto dal piano personalizzato;
- d) Individuare il responsabile del tirocinio/voucher di inclusione sociale tra i propri lavoratori in possesso di requisiti idonei alla mansione nel rispetto del rapporto minimo di 1 tutor per 3 tirocinanti;
- e) Tenere un registro delle presenze ;
- f) Effettuare la comunicazione obbligatoria prevista dall'art.9-bis, comma 2 del decreto legge 1/10/96 n. 510 e ss.mm.ii.

Allega a pena esclusione :

- "Patto di accreditamento" (All. B) timbrato e sottoscritto dal Legale Rappresentante .
- Documento di riconoscimento in corso di validità.
- Carta dei Servizi (nel caso di Cooperative sociali / enti no profit in genere)

Luogo e data _____

Firma