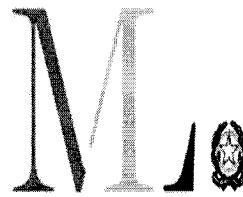




UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

ALLEGATO A – **ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE LONG LIST** REALIZZAZIONE PROGETTO PON INCLUSIONE DI CUI ALL'AVVISO N.3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI N – FSE 2014-2020, CCI N. 2014 IT05SFOP001 COD CUP .11E17000320006.-

Dati identificativi dell'organico

3.1.1 SOGGETTO PROPONENTE

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N. D'Iscrizione CCIAA _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ prov. _____ C.AP. _____

Telefono _____ email _____

Pec _____

Indirizzo sede operativa interessata _____

Comune _____ prov. _____ C.AP. _____

Telefono _____ email _____

P.IVA _____ C.F. _____

Referente _____

Cognome nome _____

Posizione _____ Telefono _____

Indirizzo email _____

3.1.2 Tipologia Soggetto (barrare la casella corrispondente)

- Aziende operanti nel settore
- Studi Professionali nel Settore
- Consorzi agrari, consorzi per lo sviluppo industrial
- Cooperative produzione, lavoro, servizi

3.1.3 Precedenti esperienze in attività analoghe

Il soggetto proponente,

CHIEDE

Di ospitare presso la propria Ditta i Beneficiari dei tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione di cui all'Azione B.2.B –PROGETTO PON DI CUI ALL'AVVISO N.3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI N – FSE 2014-2020 , DI REALIZZAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONI SOCIALE, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e all' avviso pubblico del_____

A tal fine dichiara di rendersi disponibile a fornire al comune di _____ tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie

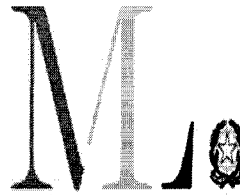
Luogo data _____

Firma _____



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

ALLEGATO B - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESI AI SENSI DEGLI ART. 46 e 47 del D.P.R.N.445/2000-

IL sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ Cap _____, in qualità di legale rappresentante
dell'impresa /delegato del soggetto ospitante denominato _____
con sede legale in _____, Via _____ n. _____
e con sede operativa in _____, Via _____ n. _____
P.IVA _____, al fine di poter sottoscrivere la convenzione ed attivare i singoli progetti di
tirocini di inclusione sociale ai sensi della Direttiva 43633/2018 con il soggetto promotore _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dell' art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 N.445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

1. Che il tirocinio si svolgerà nella sede operativa sopra indicata;
2. Che il soggetto rappresentato non ha in corso altro tirocinio con lo stesso tirocinante;
3. Che il soggetto rappresentato è in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e successive modifiche;
4. Che il soggetto rappresentato è in regola con la normative di cui alla L. N.68/99 e successive modifiche;
5. Che presso la sede operativa sopra indicata sono occupati n. _____ lavoratori;
6. Che presso la sede operativa sopra indicata sono attualmente attivi n. _____ tirocini di inclusione Sociale;

L'azienda esprime il consenso previsto ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n.196 " Codice in materia di protezione dei dati personali " e del GDPR (regolamento UE 2016/679) al trattamento dei dati che la riguardano per le finalità istituzionali.

L'azienda dichiara inoltre di aver preso visione della normativa regionale vigente

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data _____

FIRMA

N.B. Allegato fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Nel caso di delega unire all'atto di delega , la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, sia del delegato che del delegante.