



UNIONE EUROPEA
Fondi SIE

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

ALLEGATO 1

**COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.4
COMUNE CAPOFILA : ALBENGA**

**AL COMUNE DI ALBENGA
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4 - ALBENGANESE
Piazza San Michele 17
17031 -SV-
protocollo@pec.comune.albenga.sv.it**

**AVVISO PUBBLICO
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

MODULO DI DOMANDA

PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI DISPONIBILI AD ATTIVARE TIROCINI EXTRACURRICULARI E DI INCLUSIONE EROGABILI NELL'AMBITO DEI PERCORSI DEL REDDITO DI CITTADINANZA (RDC) DEGLI UTENTI IN CONDIZIONE DI SVANTAGGIO SOCIALE E/O LAVORATIVO DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.4 ALBENGANESE – COMUNE CAPOFILA: ALBENGA - A VALERE SUL PON-FSE "INCLUSIONE 2014/2020"- AV.03/2016 LIG_04 CUP: F71H17000150006.

Il/la sottoscritt _____ C.F. _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____ e
residente a _____ Prov. di _____
in Via _____ N° _____ rappresentante legale dell'Ente
_____ con sede in _____
Via _____ N° _____
tel. _____ fax _____ email _____
cellulare _____ P. Iva/CF _____

oppure dell'azienda

_____ ragione

sociale _____ Forma giuridica _____ con
sede **legale** in _____ prov. _____ Via _____ n. _____
con sede **operativa**:
in _____ prov. _____ Via _____ n. _____
tel. _____ fax _____ email _____
cellulare _____ P. Iva/CF _____ iscritto
nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. in data _____ n. _____ per la tipologia
dell'attività _____ - con a carico n. _____ dipendenti, operante
nel settore commerciale _____

CHIEDE

di essere iscritto nell' Elenco dei soggetti ospitanti di tirocini extracurricolari e/o di inclusione a favore di soggetti appartenenti ai nuclei beneficiari del Reddito di Cittadinanza (RdC):

A TALE FINE,

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e secondo quanto previsto dall'art. 19 e 19 bis del D.P.R. 445/2000 ss.mm.ii.

DICHIARA

- di appartenere alla seguente categoria di soggetti:
o pubblico o impresa privata o studio professionale o cooperativa o altro
(specificare) _____ -
- di non incorrere nei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
- di essere in regola con la normativa sulla salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;
- di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/99;
- di essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essere in liquidazione volontaria e non essere sottoposti a procedure concorsuali in corso o aperte antecedentemente alla data di presentazione della manifestazione di interesse (ad eccezione del concordato preventivo con continuità aziendale);
- di essere in regola con le norme in materia previdenziale, assistenziale, assicurativa e di contratti collettivi di lavoro;
- di non avere effettuato licenziamenti per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nei 12 mesi precedenti la presentazione della domanda di attivazione del tirocinio. Sono

- fatti salvi quelli per giusta causa e giustificato motivo soggettivo, e quelli derivanti da specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative;
- di non avere procedure di CIG straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa.
 - di essere in regola rispetto agli obblighi di pagamento dei contributi assicurativi-previdenziali (DURC);
 - di accettare pienamente le condizioni poste dall'avviso pubblico.

allega:

- copia documento di identità valido
- scheda fabbisogno

Luogo e data_____

Firma legale rappresentante

Si precisa che i campi da sottoscrivere sono solo quelli relativi alla propria forma giuridica.

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e del Regolamento UE n. 2016/679 "GDPR 2016/679".

Luogo e data_____

Firma legale rappresentante
