AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N. 2

COMUNE CAPOFILA PAGLIARA

(P.I. 00414810838)

Furci Siculo - Roccalumera – Mandanici -Nizza di Sicilia – Fiumedinisi - Alì Terme – Alì – Itala - Scaletta Zanclea.

MINISTERO del LAVORO e delle POLITICHE SOCIALI

Allegato "A"

Al Responsabile Ufficio Piano AOD n.2
c/o COMUNE DI PAGLIARA

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI ENTI PRIVATI PROFIT, NO PROFIT E DEL TERZO SETTORE, DISPONIBILI AD OSPITARE BENEFICIARI DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE DEI COMUNI DELL'A.O.D. N. 2, DISTRETTO SOCIO SANITARIO 26, A VALERE SULLE RISORSE DEL PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE FONDO POVERTA' ANUALITA' 2018 CUP: B41B18001060001 ANNUALITA'2019 CUP: B41J19000160001.

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto
Cognome:_____ Nome: _____
nato/a a:_____il_____
cittadinanza: _____
codice fiscale_____
residente in_____(_____)
CAP_____ in via _____n. _____

nella qualità di Legale Rappresentante dell'Organismo:
Ragione sociale_____
forma giuridica_____
con sede legale in
via_____città_____prov___
telefono_____
mail_____Pec_____
sede operativa in
via_____città_____prov___
CF/P.IVA_____

CHIEDE

di partecipare quale soggetto ospitante qualificato ai fini dell'attivazione di tirocini di inclusione sociale

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ di aver preso visione e di accettare integralmente i contenuti dell'Avviso Pubblico;
- ☐ essere titolari di partita IVA (se prevista)_____;
- ☐ essere iscritti alla CCIAA e regolarmente iscritte al Registro Imprese (solo per le aziende);
- ☐ essere in regola con la normativa sulla salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;
- ☐ essere in possesso di tutti i requisiti di ordine generale di cui all'art. 94 del D.lgs. n. 36/2023 e s.m.i.;
- ☐ essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/99;
- ☐ 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);
- ☐ essere in regola con le norme in materia previdenziale, assistenziale, assicurativa e di contratti collettivi di lavoro;
- ☐ essere in regola rispetto agli obblighi di pagamento dei contributi assicurativi-previdenziali (DURC);
- ☐ non avere procedure di CIG straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle di tirocinio, nella medesima unità operativa, salvo i casi in cui ci siano accordi con le organizzazioni sindacali che prevedono tale possibilità. Il soggetto ospitante che ha in corso contratti di solidarietà di tipo "espansivo" può attivare tirocini;
- ☐ non avere beneficiato, nei 180 giorni precedenti l'attivazione del tirocinio, di prestazioni di cui all'art. 54-bis del D.L. n. 50/2017 (convertito con modificazioni dalla l. n. 96 del 21 giugno 2017) rese dal medesimo tirocinante per più di 140 ore;
- ☐ non utilizzare il tirocinante per sostituire personale nei periodi di malattia, maternità o ferie, o personale assunto con contratto a termine;
- ☐ non aver intrattenuto, nei 24 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio, con il destinatario del tirocinio un rapporto di lavoro, una collaborazione o un incarico (prestazioni di servizi).

Luogo e data, Firma

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE2016/679).

Luogo e data, Firma