

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
SERVIZIO DI SOSTEGNO ALLE FUNZIONI DI PRE-ASSESSMENT E DI ASSESSMENT E DI SUPPORTO CONTABILE, AMMINISTRATIVO ED INFORMATICO
connesso alla realizzazione dei progetti PON inclusione di cui all'Avviso 3/2016

ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE LONG LIST

Per il PROGETTO DI CUI AL PON INCLUSIONE DI CUI ALL'AVVISO N. 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI - FSE 2014-2020, DI REALIZZAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE

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.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

Pec _____

Indirizzo sede operativa interessata _____

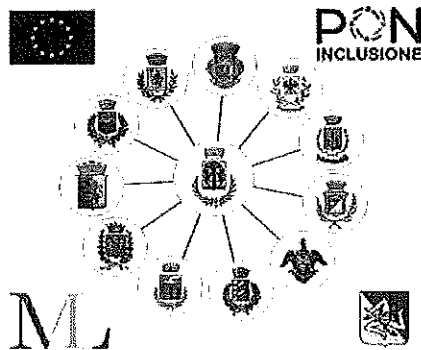
Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

P.IVA _____ C.F. _____

Referente _____

Cognome nome _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA

SERVIZIO DI SOSTEGNO ALLE FUNZIONI DI PRE-ASSESSMENT E DI ASSESSMENT E DI SUPPORTO CONTABILE, AMMINISTRATIVO ED INFORMATICO
connesso alla realizzazione dei progetti PON Inclusionione di cui all'Avviso 3/2016

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 industriale
- Cooperative produzione, lavoro, servizi

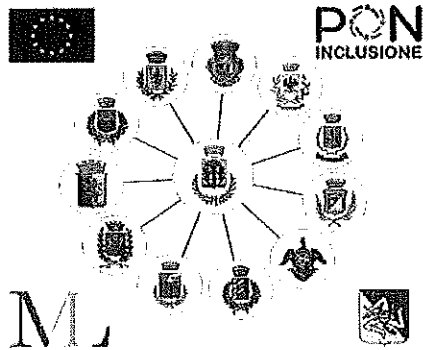
3.1.3 Precedenti esperienze in attività analoghe

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 INCLUSIONE DI CUI ALL'AVVISO N. 3/2016 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI - FSE 2014-2020, DI REALIZZAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico del 12/4/2019.

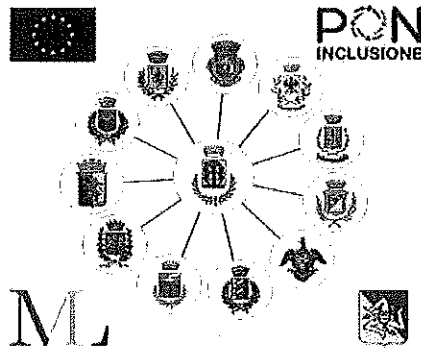
A tal fine dichiara che le figure professionali per le quali sarà possibile attivare Tirocini di Inclusione sociale presso _____ la _____ propria _____ struttura _____ sono _____ le _____ seguenti:



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
SERVIZIO DI SOSTEGNO ALLE FUNZIONI DI PRE-ASSESSMENT E DI ASSESSMENT E DI SUPPORTO CONTABILE, AMMINISTRATIVO ED INFORMATICO
connesso alla realizzazione dei progetti PON inclusione di cui all'Avviso 3/2016

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

Luogo Data _____ Firma _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
SERVIZIO DI SOSTEGNO ALLE FUNZIONI DI PRE-ASSESSMENT E DI ASSESSMENT E DI SUPPORTO CONTABILE, AMMINISTRATIVO ED INFORMATICO
connesso alla realizzazione dei progetti PON inclusione di cui all'Avviso 3/2016

ALLEGATO B

PROGETTI DI TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

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 del 30/11/2018 con il soggetto promotore

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'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 normativa 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

NB: Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

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.