**Avviso Pubblico per la costituzione di una Long List finalizzata all’attivazione di TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE FINANZIATO NELL' AMBITO DEL PON INCLUSIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALL’** | | **UFFICIO DI PIANO** |
|  | | **ADS 14 “ALTOVASTESE”** |
|  | | **66050 MONTEODORISIO (CH)** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:** | richiesta iscrizione alla long list come soggetto ospitante **finalizzata all’attivazione di TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE FINANZIATO NELL' AMBITO DEL PON INCLUSIONE** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice

Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel/cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*obbligatorio*)

in qualità di Rappresentante legale/Amministratore Delegato della Azienda/Ente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

CF/PI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter partecipare all’iscrizione nella Long List in qualità di soggetto ospitante finalizzata all’attivazione di TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE FINANZIATO NELL' AMBITO DEL PON INCLUSIONE.

A tal fine

DICHIARA

a) DI ESSERE Iscritto alla Camera di Commercio ovvero Iscrizione in un Registro Professionale o Commerciale dello Stato di appartenenza ovvero documentazione dalla quale si evinca che il candidato può legalmente esercitare le attività oggetto del presente bando (per i soli enti privati);

b)l’ inesistenza delle cause di esclusione di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii (per i soli enti privati);

c) la regolarità contributiva;

d) di non aver effettuato nei 12 mesi precedenti, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;

e) di non essere ricorsi alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, Straordinaria ed in deroga) nei 12 mesi precedenti; essere in regola con l’applicazione del CCNL (per i soli enti privati);

f)di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;

g) di non essere destinatari di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l’applicazione delle sanzioni amministrative di cui al D.L. 8 giugno 2001, n.231;

**barrare/cancellare ciò che non ricorre**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si ALLEGA:  Per le cooperative sociali/ enti no profit in genere: obbligo di presentare attestazione di revisione ovvero certificato di revisione, ai sensi della circolare 4 del 27/05/03   * VISURA CAMERALE (per i soli enti privati) * DOCUMENTO IDENTITA’ E CODICE FISCALE RAPPRESENTANTE LEGALE * DOCUMENTO IDENTITA’ E CODICE FISCALE TUTOR AZIENDALE |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Legale rappresentante |  |  |

Compilare quanto di propria competenza

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA AZIENDA** | | | | |
| ***ANAGRAFICA AZIENDA OSPITANTE*** |  |  |  |
| DENOMINAZIONE (Rag. Sociale) |  | | | |
| NOMINATIVO RAPPRESENTANTE LEGALE |  | | | |
| SETTORE AZIENDALE |  | | | |
| CODICE ATECO ( rif. ATECO ) |  | | | |
| PARTITA IVA/ C.F. |  | | | |
| SEDE LEGALE (INDIRIZZO – COMUNE – PROVINCIA) |  | | | |
| SEDE OPERATIVA (LUOGO SVOLGIMENTO TIROCINIO) |  | | | |
| RECAPITO TELEFONICO |  | | | |
| E-MAIL/PEC |  | | | |
| TELEFONO AZIENDA |  | | | |
| CCNL APPLICATO |  | | | |
| ORARIO SETTIMANALE PREVISTO DAL CCNL APPLICATO DAL SOGGETTO OSPITANTE |  | | | |
| NUMERO LAVORATORI COMPLESSIVI |  | | | |
| NUMERO LAVORATORI NELLA SEDE DI TIROCINIO |  | | | |
| TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE ATTUALMENTE ATTIVI SELL’ UNITA’ PRODUTTIVA DI RIFERIMENTO |  | | | |
| TUTOR AZIENDALE (NOME E COGNOME)  CODICE FISCALE  TELEFONO  RUOLO NELL’ AZIENDA  NUMERO MASSIMO DI TIROCINANTI AFFIANCATI |  | | | |
| TEMPI DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI:  GIORNI SETTIMANA  ORARI DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO | DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_  DALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_\_  DALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| EVENTUALI SOSPENSIONE DEL TIROCINIO PER NECESSITA’ AZIENDALI (ad es. chiusura estiva) |  | | | |