

**Allegato A** – Istanza di adesione per costituzione LONG LIST per l'individuazione delle imprese per la realizzazione dell'azione tirocini inclusivi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione relativi all'intervento finanziato dalla Quota Servizi del Fondo Povertà Annualità 2020 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – CUP: F49G24000020001

**AL COMUNE DI** \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali

**Dati identificativi del soggetto proponente**

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_  
Codice ATECO \_\_\_\_\_  
N. Iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_  
Luogo e data d'iscrizione \_\_\_\_\_  
Descrizione attività \_\_\_\_\_  
Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
PARTITA IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Indirizzo sede operativa interessata \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Referente**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Posizione \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**Tipologia del soggetto proponente**

Aziende operanti nel settore \_\_\_\_\_  
Studi Professionali nel settore \_\_\_\_\_  
Ditte individuali nel settore \_\_\_\_\_  
Consorzi agrari, consorzi per lo sviluppo industriale \_\_\_\_\_  
Cooperative di produzione lavoro e/o servizi nel settore \_\_\_\_\_  
Imprese artigiane \_\_\_\_\_  
Imprese agricole \_\_\_\_\_

**Esperienze in attività analoghe**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il soggetto proponente

**DICHIARA**

di avere n \_\_\_\_\_ dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato

## CHIEDE

Di ospitare presso la propria ditta n \_\_\_\_\_<sup>1</sup> beneficiari dei tirocini finalizzati inclusivi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione relativi all'intervento finanziato dalla Quota Servizi del Fondo Povertà Annualità 2020 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – CUP: F49G24000020001, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'Avviso Pubblico.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

---

---

<sup>1</sup>Per il calcolo dei dipendenti si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 68 della legge 15 maggio 2013 n. 9 (pubblicata sulla GURS del 17.05.2013 – Disposizioni in materia di istruzione, formazione e cultura, abrogazioni e modifiche di norma), nello specifico:

- fino a 2 (due) tirocinanti, nel caso di aziende che hanno in forza fino a 5 (cinque) dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato
- fino a 4 (quattro) tirocinanti, nel caso di aziende con un numero di dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato compreso tra 6 (sei) e 20 (venti);
- fino ad un massimo di tirocinanti pari al 20% dei dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato, nel caso di aziende con un numero di dipendenti superiore a 21 (ventuno) unità.

**Allegato B – Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante dell'impresa  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, consapevole, delle  
responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 – cui può incorrere in caso di dichiarazioni  
mendaci, formazione o uso di atti falsi o contenente dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e  
47 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

- di conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina l'intervento finanziato dalla Quota Servizi del Fondo Povertà Annualità 2020 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – CUP: F49G24000020001;
- che l'impresa ha sede produttiva/commerciale/locale ricadente nel territorio del Comune di \_\_\_\_\_;
- di trovarsi nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposte a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- di non avere effettuato nei 12 mesi precedenti, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo;
- di non essere ricorsi nei 12 mesi precedenti alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, Straordinaria ed in deroga);
- di essere in regola con l'applicazione del CCNL del settore di riferimento;
- di non essere destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al D. Lgs. 8 giugno 2001 n. 231;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e s.m.i., senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3 della legge medesima;
- di essere titolare di partita IVA n \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto alla CCIAA di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy, con particolare riferimento a quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 denominato "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dal GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Il/La sottoscritto/a allega il documento di identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_