



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

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);



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

- 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: | DAL _____ AL _____ |
| GIORNI SETTIMANA | DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ |
| ORARI DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO | DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ |
| EVENTUALI SOSPENSIONE DEL TIROCINIO PER NECESSITA' AZIENDALI (ad es. chiusura estiva) | |