



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

PON  
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

Spett.le **Cooperativa “San Francesco”** s.c.s  
Viale Mario Milazzo n. 71  
95041 Caltagirone (CT)

Pec: [sanfrancescoscs@pec.it](mailto:sanfrancescoscs@pec.it)

Allegato A – **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE.**

Oggetto: **Avviso Pubblico per la Manifestazione d’interesse per l’accreditamento di Imprese, società cooperative sociali, enti del terzo settore, enti no-profit**, operanti o che intendono operare nel territorio del **Distretto socio-sanitario 43 – Comune capofila Vittoria**, finalizzato alla costituzione di una long list di aziende ospitanti **Tirocini di inclusione sociale a favore di soggetti in difficoltà economica anche in condizioni di vulnerabilità percettori o che hanno fruito del SIA – REI** nell’ambito del programma PON INCLUSIONE di cui all’Avviso 3/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali FSE 2014-2020 - AZIONE B.2. b. – CUP PAL: D41E18000190003 - CUP PON:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’  
(Ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ dell’azienda \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ p.iva \_\_\_\_\_; email \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_ settore attività \_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità **manifesta l’interesse dell’operatore economico rappresentato e iscriversi nella long list in oggetto, nella qualità di soggetto ospitante, i tirocini di inclusione sociale finalizzati all’autonomia delle persone e alla riabilitazione di cui al d.lgs n. 147 Art. 7 c.1 Codice B.2.b delle linee guida.**

A tal fine consapevole delle sanzioni penali richiamate all’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

Di aver preso visione e di accettare integralmente l’avviso in oggetto, condividerne la finalità e gli obiettivi e di accettare espressamente e incondizionatamente l’intero contenuto;

Di avere sede legale e/o operativa in \_\_\_\_\_ fornire indirizzo completo della sede legale e/o operativa:







UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

PON  
INCLUSIONE

M

MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI

Di possedere il n. di P.A.T. INAIL \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

Ce è in regola con i contributi previdenziali e gli adempimenti a tutele degli infortuni sul lavoro e non esistono inadempienze in atto e rettifiche notificate, non contestate e non pagate,

di non aver effettuato negli ultimi 12 mesi licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa per giustificato motivo soggettivo/oggettivo o per raggiungimento dei limiti di pensionamento.

Di non essere incorso in cassa integrazione guadagni (ordinaria, straordinaria e in deroga).

Di essere in regola con l'applicazione del CCNL della categoria di appartenenza.

Di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e successive modifiche e con le linee guida contenute negli allegati 11 e 12 al Dpcm 17 maggio 2020, "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro"

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;

per le Cooperative sociali/enti no profit in genere obbligo di allegare attestazione di revisione ovvero certificato di revisione.

Dichiara altresì:

di essere disponibile ad accogliere per lo svolgimento del tirocinio n. \_\_\_\_\_ beneficiario/i che fa/fanno parte dei nuclei famigliari che fruiscono delle misure di sostegno al reddito SIA/REI/RDC residenti nei comuni del distretto socio sanitario n. 43 di Vittoria e che hanno firmato un progetto personalizzato/patto per l'inclusione e risultino in stato di disoccupazione avendo sottoscritto patto per il lavoro e/o patto di servizio con il competente centro per l'impiego.

Profilo professionale di riferimento del Tirocinio \_\_\_\_\_

Sede del/i tirocinio/i (indicare indirizzo completo) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a tenere apposito registro di presenza del tirocinante fornito dal soggetto promotore; ad individuare un tutor aziendale il quale sarà responsabile delle attività e garante dell'attuazione del tirocinio.

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

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del legale rappresentante

Si allega documento di identità valido