



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

**Al Comune di Caulonia
Capofila ATS**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE FINALIZZATA ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
ALL 'ACCOGLIENZA DI TIROCINI D'INCLUSIONE (TIS)
A Valere sulla Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020
CUP: F81H20000150001**

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ a _____ residente in _____
Via _____
Codice Fiscale _____
in qualità di Rappresentante Legale dell'Ente/Azienda _____
con sede legale in _____ Via _____ e
sede operativa in _____
Via _____
codice fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti ospitanti con riferimento all'accoglienza di tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione (TIS) sul territorio dell'ATS di Caulonia. A tal fine

DICHIARA

- Di avere sede legale in uno dei 19 Comuni ricadenti nel territorio dell'Ambito di Caulonia
- Di essere in possesso dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dalla competente autorità (se prevista);
- Di essere iscritto in Pubblici Registri, Albi Regionali e/o Nazionali secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- Di essere iscritti al Registro delle Imprese della CCIAA;
- Di essere in possesso di regolare Partita Iva;
- Di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi (DURC) alla data di presentazione della domanda e per tutta la durata dell'inserimento socio- lavorativo;
- Di essere in regola con l'applicazione dei contratti collettivi di lavoro;
- Di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza sul lavoro come da D.lgs. 81/2008;
- Di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;
- Di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dall'articolo 80 D.Lgs. n. 50/2016 e da qualsiasi altra disposizione legislativa e regolamentare;
- Di trovarsi nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o

liquidazione e non essendo sottoposti a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;

- Di non avere in corso procedure concorsuali (salvo il caso in cui ci siano accordi con le organizzazioni sindacali che prevedono tale possibilità).
- Di poter accogliere presso la propria sede lavorativa sita in.....
 - o vian.
 - tirocinanti;
- Di sottoporre il tirocinante ad apposita visita del medico del lavoro aziendale, i cui costi saranno rimborsati;
- Di individuare apposito tutor aziendale nella figura del

Breve presentazione del soggetto con indicazione del settore di azione, delle esperienze pregresse, delle collaborazioni e di quanto ritenuto utile alla valutazione relativa agli abbinamenti tra Ente ospitante e tirocinante:

La dichiarazione, a pena di nullità, deve essere corredata da:

- fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore
- copia dell'atto costitutivo e dello statuto;
- breve presentazione del soggetto con indicazione del settore di azione, delle esperienze pregresse, delle collaborazioni e di quanto ritenuto utile alla valutazione;
- estremi iscrizione visura camerale;
- ultimo bilancio approvato (solo per gli organismi tenuti alla redazione e all'approvazione di un bilancio).

Luogo e data _____

Timbro e firma

Per ogni comunicazione relativa a chiarimenti e per le verifiche previste dalla normativa vigente:

n. telefono 0964.82036

e-mail ufficiopianocaulonia@libero.it