



COMUNE DI CAPO D'ORLANDO  
CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA  
AMBITO OTTIMALE DISTRETTUALE N. 2 DSS 31  
COMUNI DI: CAPO D'ORLANDO-CAPOFILA- CAPRI LEONE E  
TORRENOVA  
UFFICIO PIANO

All. B)

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO  
Ufficio Piano dell'AOD n. 2 Dss 31

**ALLEGATO B – ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE LONG LIST per la realizzazione dei TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS31. PAO 2019/2020 II^ Annualità 2020. CUP. C11B21009340002.**

Dati identificativi dell'organico

**3.1.1 Soggetto Proponente**

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ N.° iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_

Luogo e data di iscrizione \_\_\_\_\_

Descrizione attività \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa interessata \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**Referente**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**3.1.2 TIPOLOGIA SOGGETTO**

*Barrare la casella corrispondente*

Cooperative sociali

Associazioni Cooperative Sociali (tipo A e tipo B)

Associazioni

Fondazioni

**3.1.3 NUMERO DIPENDENTI**

*Barrare la casella corrispondente*

Compreso tra 1 e 20

Superiore a 20 ed inf. a 50

Superiore a 50 (n. \_\_\_\_\_)

**3.1.4 PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE**

Il soggetto proponente,

**CHIEDE**

di ospitare presso il proprio Ente n. \_\_\_\_\_ beneficiari di tirocini di inclusione di cui all'Azione n. 5 del PAO 2019/2020 II^ Annualità 2020, per la realizzazione di TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS 31 CUP

C11B21009340002, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Capo d'Orlando, Capofila dei Comuni associati dell'AOD 2 Distretto Socio Sanitario 31. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Capo d'Orlando tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Luogo Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

All. B1- Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt.46 e 47 DEL D.P.R. n. 445/2000.-

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/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 contenenti 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 di cui all'Azione PAO 2019/2020 II^ Annualità 2020, per la realizzazione di TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS 31 CUP C11B21009340002.
- che l'Ente ha sede operativa interessata ricadente nel territorio del Comune di.....;
- che l'Ente non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/ oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che l'Ente è regolarmente iscritto al registro delle imprese per il settore.....o non tenuta ai sensi della legge;
- di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;
- di essere titolare di Partita IVA n.....o C.F.....;
- che l'Ente si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'Ente non è destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- che l'Ente è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del CCNL e del contratto di categoria, di diritto al lavoro dei disabili, nonché con il pagamento dei tributi locali;
- che l'Ente si impegna a tenere a disposizione del Comune di Capo d'Orlando ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola.

**Liberatoria per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a.....autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs. 196/03.

Data.....

FIRMA

Si allega: copia documento di riconoscimento in corso di validità.

\* Dichiarare le voci che ricorrono.