



CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA

Allegato A

Manifestazione di interesse per l'individuazione di soggetti ospitanti tirocini di inclusione sociale nel Distretto RM 6.4 ai sensi della DGR n. 511/2013

Il/La sottoscritto/ _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente a _____ Provincia _____
In Via _____ n. _____

in qualità di legale rappresentante " o suo delegato " del seguente soggetto:

Denominazione o Ragione sociale

Settore di attività

Codice ATECO

Descrizione attività principale dell'impresa

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____

CAP _____ Telefono _____

e-mail _____

PEC _____

Sito internet _____

Referente aziendale _____ tel. _____ E-mail _____



CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA

Indirizzo sede operativa (se diversa):

via/piazza _____

Comune _____ CAP _____

Telefono _____ Cell.: _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- essere in regola con la normativa di cui alla legge n. 68 del 1999 e successive modificazioni;
- non fruire della cassa integrazione guadagni straordinaria, per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa, salvo specifici accordi con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative che permettano in questo caso l'attivazione di tirocini;
- fatti salvi specifici accordi con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative che permettano in questi casi l'attivazione di tirocini, non avere effettuato licenziamenti, salvo quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo, nei dodici mesi precedenti l'attivazione e nella medesima unità operativa, di prestatori già adibiti ad attività equivalente a quella prevista nel progetto formativo individuale dei tirocinanti, rientranti in una delle seguenti ipotesi: licenziamento per giustificato motivo oggettivo; licenziamento collettivo; licenziamento per superamento del periodo di comporta; licenziamento per mancato superamento del periodo di prova; licenziamento per fine appalto; risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro, al termine del periodo formativo;
- di avere nel proprio organico: n. _____ lavoratori assunti a tempo indeterminato; n. _____ lavoratori a tempo determinato;

e presa visione della manifestazione di interesse e dei suoi contenuti

MANIFESTA

l'interesse e la disponibilità ad attivare tirocini di inclusione sociale.

Alla presente allega:

- copia di un documento d'identità del/della sottoscritto/legale rappresentante del Soggetto manifestante interesse o suo delegato;
- visura camerale (se prevista).

Data, Luogo

Timbro e firma del legale rappresentante o suo delegato



CONSORZIO PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.4 POMEZIA-ARDEA

Il sottoscritto esprime il consenso, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016, al trattamento dei propri dati personali, conferiti nel presente documento, anche per mezzo di strumenti informatici, esclusivamente per le finalità e le esigenze connesse all'espletamento della presente procedura, come descritta nel presente avviso.

Data, luogo

Firma
