**ALLEGATO**

**MODELLO DI DOMANDA**

**AVVISO PUBBLICO**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI DISPONIBILI AD ATTIVARE TIROCINI EXTRACURRICULARI E DI INCLUSIONE EROGABILI NEI CONFRONTI DI SOGGETTI CON FRAGILITA’ SANITARIA DEL CONSORZIO AMBITO TERRITORIALE N.3 ASL BR/1 DI FRANCAVILLA FONTANA**

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_\_\_ rappresentante legale dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. Iva/CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**oppure** dell’azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ragione sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede **legale** in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_ con sede **operativa** in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. Iva/C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la tipologia dell’attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- con a carico n. \_\_\_\_\_\_\_ dipendenti, operante nel settore commerciale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## C H I E D E

di essere iscritto nell’ Elenco dei soggetti ospitanti di tirocini extracurriculari a favore di soggetti con fragilità sanitaria del Consorzio Ambito Territoriale Sociale n.3 di Francavilla Fontana

A tale fine, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e secondo quanto previsto dall’art. 19 e 19 bis del D.P.R. 445/2000 ss.mm.ii**.**

### DICHIARA

* di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'avviso pubblico per l'ammissibilità alla selezione dei soggetti ospitanti dei tirocini extracurriculari e di inclusione erogabili nei confronti di soggetti con fragilità sanitaria del Consorzio Ambito Territoriale n.3 di Francavilla Fontana
* di appartenere alla seguente categoria di soggetti ospitanti:

o pubblico o impresa privata o studio professionale o cooperativa o altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

* di non incorrere nei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
* di essere in regola con la normativa sulla salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;
* di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/99;
* di essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essere in liquidazione volontaria e non essere sottoposti a procedure concorsuali in corso o aperte antecedentemente alla data di presentazione della manifestazione di interesse (ad eccezione del concordato preventivo con continuità aziendale);
* di essere in regola con le norme in materia previdenziale, assistenziale, assicurativa e di contratti collettivi di lavoro;
* di non avere effettuato licenziamenti per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nei 12 mesi precedenti la presentazione della domanda di attivazione del tirocinio. Sono fatti salvi quelli per giusta causa e giustificato motivo soggettivo, e quelli derivanti da specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative;
* di non avere procedure di CIG straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa.
* di essere in regola rispetto agli obblighi di pagamento dei contributi assicurativi-previdenziali (DURC);
* di accettare pienamente le condizioni poste dall'avviso pubblico.

Allega:

* Copia documento di identità del Rappresentante Legale in corso di validità;

* Scheda di Fabbisogno.

Si precisa che l’assenza della sottoscrizione della domanda o degli allegati richiesti dalla presente, sarà causa di esclusione.

Si specifica che i campi da sottoscrivere sono solo quelli relativi alla propria forma giuridica.

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

Firma legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (di seguito “Codice Privacy”) e del Regolamento UE n. 2016/679 “GDPR 2016/679”.