**Modulo di domanda – Allegato A AMBITO TERRITORIALE A6**

**Ufficio Di Piano Via Campo N.1 Mugnano del Cardinale -83027**

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER L’INDIVIDUAZIONE Dl SOGGETTI OSPITANTI PER ATTIVITA’ DI TIROCINIO**

### II/La sottoscritto/a \_ nato/a Prov.

 \_**il**

### codice fiscale residente n via/piazza n. ,

**Comune** \_ **Prov. CAP in**

**qualità di titolare/legale rappresentante di**

consapevole delle responsabilità penali - richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 - cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione a 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 aver preso visione dell’Avviso Pubblico dell’Ambito A6 denominato acquisizione di manifestazioni d’interesse finalizzate alla individuazione di soggetti ospitanti disponibili ad accogliere i destinatari del progetto S.V.O.L.T.E. in attività di tirocinio accettandone tutte le condizioni che il soggetto che qui manifesta interesse, di cui egli/ella è titolare/legale rappresentante:
1. avere una sede operativa nell’Ambito territoriale A6 o zone limitrofe;
2. essere in regola con la normativa di cui alla legge 68/1999 per il diritto al lavoro dei disabili e successive modificazioni;
3. essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e successive modificazioni, assicurandone l’applicazione anche ai tirocinanti ivi ospitati;
4. non deve avere procedure di CIG ( cassa integrazione) straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa, salvo il caso in cui ci siano accordi con le organizzazioni sindacali che prevedono tale possibilità;
5. Fatti salvi i licenziamenti per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali, è vietato ospitare tirocinanti per lo svolgimento di attività equivalenti a quelle del/dei lavoratore/lavoratori licenziato/licenziati nella medesima unità operativa e nei 12 mesi precedenti per i seguenti motivi:
6. licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
7. licenziamenti collettivi;
8. licenziamento per mancato superamento del periodo di prova;
9. licenziamento per fine appalto;
10. risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro, al termine del periodo formativo

## DATI ANAGRAFICI DELL’ ASPIRANTE SOGGETTO OSPITANTE

**(Compilare il modulo relativamente alle informazioni pertinenti alla natura del soggetto)**

Denominazione o Ragione sociale

Settore di Attività

Codice ATECO N° iscrizione CCIAA

 Luogo e data di iscrizione

Codice fiscale P. IVA

Matricola INPS Codice PAT/INAIL

Iscritta all’Albo N.°iscrizione

Luogo e data d’iscrizione

Descrizione attività principale

Indirizzo sede legale

Comune Prov. CAP Telefono

Fax e-email

Indirizzo sede operativa:

via/piazza

Comune

CAP Telefono Fax

Numero attuale dipendenti a tempo indeterminato

Alla presente si allega.

La copia di un documento d’identità del/della sottoscritto/legale rappresentante del Soggetto manifestante interesse.

Luogo e data Timbro e firma del legale rappresentante

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

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto titolare/rappresentante legale di nato a

 Il CF Residente a Via n. Tel.

 Cell.

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti dell’ art. 6, comma 1, lettera e del Reg. UE 679/2016), con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa allegata.

# Letto, confermato e sottoscritto