

DOMANDA DI ADESIONE

Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego **"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"**

Alla Giunta Regionale Campania
Settore Osservatorio del Mercato del Lavoro (ORMEL)
Centro Direzionale Napoli - isola A 6 - 80143 N A P O L I

OGGETTO: adesione all'Invito a manifestare interesse nell'ambito dell'intervento denominato "Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego" per l'attivazione di percorsi formativi in favore dei propri dipendenti beneficiari di trattamenti di CIGS in deroga, finalizzati al rafforzamento, aggiornamento ed acquisizione competenze dei propri lavoratori sospesi ed a favorire ed accelerare i processi di reintegro nelle aziende di provenienza.

Il/La sottoscritto/a				
	cognome		nome	
nato/a a			il	
	CITTA'	PROV.		
in qualità di legale rappresentante dell'azienda (esatta denominazione come da certificato CCIAA)				
con sede legale in				
	CAP	CITTA'	PROV.	
indirizzo				num.civ.
tel.fisso		fax		eventuale cellulare
e-mail pec				
	codice fiscale Azienda		partita IVA	
num.posizione INPS		num.posizione INAIL		
settore produttivo			cod. ATECO 2007	
	secondo classificazione ISPEL			
numero di lavoratori attualmente in organico				
numero		lavoratori beneficiari di trattamenti di CIGS in deroga, di cui a rotazione		
a seguito di accordo			del	
oggetto di decretazione di concessione di Cigs in deroga			dal giorno	al giorno

AI FINI DELL'ADESIONE ALL'AVVISO "AZIONE DI SISTEMA WELFARE TO WORK PER LE POLITICHE DI REIMPIEGO" E NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000, ARTT. 75 e 76, IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI,

D I C H I A R A

- 1) di essere iscritto alla Camera di Commercio di al numero
dalla data di pubblicazione dell'avviso, dichiarando che nelle more non sono intervenute modificazioni;
- 2) di avere sede legale o unità operativa sul territorio della Regione Campania alla data di pubblicazione dell'Avviso, così come evidenziato nel certificato CCIAA;
- 3) di essere in regola con gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 626/94 e successive modificazioni in materia di sicurezza del lavoro e coordinamento;
- 4) di essere in regola con l'applicazione del CCNL che è il seguente :

denominazione esatta come da sito CNEL (settore lavorativo / categoria)

- 5) di essere in regola con il versamento degli obblighi contributivi ed assicurativi;
- 6) di non aver effettuato licenziamenti negli ultimi 6 mesi dalla data di presentazione della domanda, per la stessa qualifica professionale;
- 7) di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L.12.03.1999 n.68);
- 8) che l'azienda non è in liquidazione o fallimento ovvero che non vi sono domande giudiziali in tal senso e di non essere sottoposto ad alcuna misura preventiva o a procedimenti in corso a proprio carico;
- 9) di non essere destinatario di sanzioni interdittive di cui al D.Lgs. n. 231/2001 o di altre sanzioni limitative, in via temporanea o permanente, della capacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
- 10) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art.10 della Legge n. 575/1965 e successive modificazioni, (in caso di società, la condizione deve riguardare tutti i soggetti di cui al D.P.R. 252/1998 art.2);
- 11) di aver preso visione dell'Avviso e di accettarne il contenuto;
- 12) di essere interessato ad attivare percorsi formativi di accompagnamento al reintegro in azienda per numero dei propri lavoratori sospesi percettori di CIGS in deroga, aventi i requisiti previsti (solo ed esclusivamente soggetti appartenenti al bacino Azione di Sistema Welfare to Work, individuati nel progetto esecutivo della Regione Campania, che hanno sottoscritto il Patto di Servizio presso i rispettivi Servizi per il Lavoro di competenza), finalizzati all'adattamento e/o aggiornamento delle competenze professionali, come riportato nella seguente tabella:

NUMERO LAVORATORI	TIPOLOGIA PERCORSI FORMATIVI	PROFILO PROFESSIONALE
	AGGIORNAMENTO	
	RIQUALIFICAZIONE/RICONVERSIONE	
	POTENZIAMENTO DI SKILLS SPECIALISTICHE	

- 13) di essere disponibile a fornire tutte le altre informazioni, documenti e notizie utili, designando referente a tal fine

cognome
nome

avente il ruolo di
da contattare ai seguenti recapiti telefonici
- 14) di voler usufruire del contributo formativo finalizzato a favorire i processi di reintegro nell'azienda di provenienza del/i lavoratore/i a conclusione del percorso formativo, utilizzando lo strumento previsto dal programma (dote formativa), previa sottoscrizione dell'Atto di Concessione.

(Timbro completo ditta)

(Firma per esteso legale rappresentante)

Si allega:

- copia fotostatica documento di identità del legale rappresentante, ben leggibile in ogni sua parte.

Il/La sottoscritto/a autorizza all'utilizzo dei dati nel rispetto del nuovo Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. n° 196/2003, e dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445/2000, e la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti.

(Timbro completo ditta)

(Firma per esteso legale rappresentante)