

AllA

Alla Regione Campania
Direzione generale 11-54
Unità Operativa Dirigenziale 05
Centro Direzionale isola A/6

Domanda di adesione all'intervento "Staffetta generazionale"

(su carta intestata dell'azienda)

Il sottoscritto/a _____
nato/a in _____ Provincia _____ il ____/____/____,
residente a _____, Provincia _____ in _____
n.____, C.A.P. _____
domiciliato (se diverso dalla residenza) a _____, Provincia _____
in _____ n.____, C.A.P. _____, in qualità di
legale rappresentante/delegato dell'azienda (denominazione e ragione sociale) _____
_____ Codice fiscale _____ Partita IVA _____
con sede legale nel Comune di _____ Provincia _____ C.A.P. _____
in _____ n.____, TEL. _____ FAX _____
indirizzo PEC da utilizzarsi per le comunicazioni ufficiali relative all'intervento _____

con unità produttiva/sede operativa nel Comune di _____

Provincia _____ C.A.P. _____ in _____

n.____, TEL. _____ FAX _____ esercente l'attività di _____,
settore produttivo _____, (in caso di più settori di attività, indicare quello
prevalente per linea di intervento), codice ATECO 2011 a sei cifre _____

CHIEDE

di aderire all'intervento "Staffetta Generazionale" per n. ____ lavoratori, interessati alla trasformazione
volontaria del proprio contratto da tempo pieno a tempo parziale, secondo quanto previsto dall'Avviso,

DICHIARA

ai fini della partecipazione al progetto "Staffetta Generazionale" e nella piena consapevolezza di quanto
previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di affermazioni mendaci

- Di aver preso conoscenza delle condizioni esplicitate nell'avviso del progetto "Staffetta Generazionale" e della procedura di partecipazione al progetto;
- di impegnarsi a fornire le informazioni richieste dall'Amministrazione regionale e consentire l'accesso presso la propria sede per i controlli previsti.
- Denominazione azienda
- Provincia di iscrizione al Registro delle Imprese di, n. di iscrizione data di iscrizione
- Ovvero n. di iscrizione all'albo/collegio professionale di del

- Ovvero non è tenuto all'Iscrizione a Registro delle Imprese, Albo e/o Collegio professionale
- Forma giuridica
- Codice fiscale
- Partita IVA
- Sede legale
- Sede/i operativa/e e/o produttiva/e
- Durata
- P.A. INAIL
- Matricola INPS
- Sede di competenza INPS di
- Tipologia di CCNL applicato.....Codice ISTAT.....
- – di non aver in corso o aver attivato, nei 12 mesi precedenti la data di presentazione della domanda, procedure concorsuali;
- – 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);
- – di non essere sottoposti ad alcuna misura di prevenzione e di non essere a conoscenza dell'esistenza, a proprio carico, di procedimenti in corso ai sensi della succitata legge (L.575/1965);
- – che non sussistono le cause di esclusione di cui all'art. 1 bis comma 14 della Legge 18/10/2001 n° 383
- – di non essere destinatari di sanzioni interdittive di cui al D.Lgs. n° 231/2001 o di altre sanzioni interdittive limitative, in via temporanea o permanente, della capacità di contrattare con la pubblica amministrazione.
- Di avere nel proprio organico, n° ____ lavoratori dipendenti;
- Che i lavoratori aderenti sono n° come da elenco all'allegato B
- Di rispettare tutte le condizioni stabilite nell'avviso pubblico ed in particolare gli artt.9 e 10 ed 11 che richiedono:
- di essere in regola con le norme in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro oltre che con il rispetto di tutte le normative in materia di lavoro in genere;
- di essere in regola con l'applicazione del CCNL applicato che è il seguente:
_____;
- di essere in regola con il versamento degli obblighi contributivi dovuti agli enti previdenziali;
- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (l. 12.03.1999 n. 68) e di rispettare gli obblighi di copertura della relativa quota di riserva;

DICHIARA INOLTRE

fatta salva l'eventuale verifica di INPS sul possesso dei requisiti necessari:

- di impegnarsi ad assumere giovani con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, incluso quello di apprendistato, in quantità tale da assicurare un saldo occupazionale positivo e a comunicare l'avvenuta assunzione di tali lavoratori trasmettendo via PEC la documentazione richiesta dall'Avviso;
- di aver apposto marca da bollo di euro 16,00 n. _____ datata ____/____/____ su copia della presente domanda, conservata agli atti o in alternativa di aver assolto all'imposta in maniera virtuale come da autorizzazione n. _____ del ____/____/____.
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificatamente indicate nell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- di conoscere le modalità di partecipazione all'iniziativa e in particolare di impegnarsi a comunicare prontamente alla Regione Campania le variazioni che incidono sull'intervento.

ALLEGA

quale parte integrante e sostanziale della presente domanda, i seguenti documenti che saranno

conservati presso. in :

1. copia del documento di identità del legale rappresentante;
2. elenco dei lavoratori anziani aderenti all'intervento (All.C)
3. copia delle attestazioni della volontarietà dell'adesione del /dei lavoratori over '50' All.B
4. copie dei documenti di identità dei lavoratori anziani aderenti all'intervento;
5. copia del verbale di accordo sindacale.

LUOGO e DATA ____/____/____

(TIMBRO E FIRMA)