

ALLEGATO A - ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Dati Identificativi del Soggetto Proponente

SOGGETTO PROPONENTE

Denominazione o ragione sociale	_____
Codice ATECO	_____ N° iscrizione CCIAA
Luogo e data di iscrizione	_____
Descrizione attività	_____
Indirizzo sede legale	_____
Comune	_____ Prov.
C.A.P.	_____
Telefono *	_____ Fax *
Indirizzo sede operativa interessata	_____
Comune	_____ Prov.
C.A.P.	_____
P. IVA	_____
C.F.	_____
Indirizzo PEC	_____

REFERENTE

Cognome e Nome	_____
Posizione	_____
Telefono *	_____ Fax *
Indirizzo PEC	_____

TIPOLOGIA SOGGETTO PROPONENTE

Barrare la casella corrispondente

- ☐ Micro impresa
- ☐ Piccola impresa
- ☐ Media impresa
- ☐ Grande impresa

NUMERO DIPENDENTI

Barrare la casella corrispondente

- ☐ Compreso tra 0 e 5
- ☐ Compreso tra 6 e 19
- ☐ Maggiore di 19

Il soggetto proponente,

chiede

l'ammissione al Programma: "**Tirocini di inserimento lavorativo per operatori socio sanitari**" in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire alla Regione Campania tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

(da sottoscrivere digitalmente)

ALLEGATO B - AUTODICHIARAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

(Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a
il....., residente a, via/piazza n. - codice
fiscale, in qualità di legale rappresentante dell'impresa
..... - codice fiscale, consapevole, delle
responsabilità penali – richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000 – cui può incorrere in caso di
dichiarazioni mendaci, formazione o 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 conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina il presente intervento agevolativo;
- di prendere atto che tutte le comunicazioni inerenti alla presente procedura saranno effettuate a mezzo PEC (posta elettronica certificata);
- che l'impresa ha sede operativa interessata ricadente nel territorio della Regione Campania;
- che l'impresa non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che l'impresa non è ricorsa alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, Straordinaria ed in deroga) nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto;
- che l'impresa è regolarmente iscritta al registro delle imprese;
- di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;
- di essere titolare di Partita Iva;
- che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'impresa non si trova in stato di difficoltà;
- che l'impresa non è ente destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- che l'impresa opera nei settori ammissibili al presente intervento;
- che l'impresa è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del ccnl e del contratto di categoria, di diritto al lavoro dei disabili, nonché con il pagamento dei tributi locali;
- di prendere atto delle cause di revoca delle agevolazioni, impegnandosi a restituire direttamente ed esclusivamente alla Regione Campania i contributi che dovessero risultare non dovuti a seguito di revoca;

si impegna a tenere agli atti:

- autodichiarazione (in originale) del/i borsista/i attestante il possesso dei requisiti previsti dall'Avviso;
- fotocopia autenticata del titolo di studio del/i borsista/i o la certificazione che ne comprovi il possesso;
- fotocopia autenticata del documento di identità, in corso di validità, del/i borsista/i;
- che l'impresa si impegna a tenere a disposizione della Regione Campania ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola.

Liberatoria per il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a..... autorizza il trattamento delle
informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.Lgs. 196/03. *(da sottoscrivere digitalmente*

ALLEGATO C

**– FORMULARIO DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI:
"Tirocini di inserimento lavorativo per operatori socio sanitari"
Caratteristiche dell'intervento
(da compilare per ciascun tirocinante)**

DESCRIZIONE DEL PROFILO PROFESSIONALE :

MOTIVAZIONI DEL PROGETTO:

QUALITA' DEI CONTENUTI:

COERENZA TRA CONTENUTI E OBIETTIVI:

PROFESSIONALITA' IN USCITA:

--