

PROGRAMMA RICOLLOCAMI - GARANZIA OVER

Piano di Azione e Coesione III[^] riprogrammazione "Misure anticicliche per il rilancio delle aree di crisi industriale della Regione Campania"

AUTODICHIARAZIONE REQUISITI BENEFICIARIO

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____
via _____ in qualità di Legale Rappresentante dell'azienda

con sede legale in _____ Prov. ____ via _____
con sede operativa in _____ Prov. ____ via _____
P. IVA _____ forma giuridica _____

A seguito della propria adesione all'Avviso Pubblico della Regione Campania Garanzia Over, approvato con DD. 107 del 08.04.2016, rivolto ai datori di lavoro privati interessati all'attivazione di percorsi di esperienze lavorative in favore di soggetti percettori di ammortizzatori in deroga nel triennio 2012-2014, disoccupati e privi di sostegno al reddito;

consapevole di quanto prescritto in materia di dichiarazioni sostitutive dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000 sez. V capo III in relazione alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione non veritiere, di informazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai contributi concessi sulla base delle predette dichiarazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 75 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di avere sede legale e/o unità operativa sul territorio della Regione Campania;
- 2) di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 3) di non avere effettuato licenziamenti nella medesima unità operativa per attività equivalenti a quelle richieste negli ultimi 12 (dodici) mesi dalla domanda di adesione, fatti salvi quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative;
- 4) di essere in regola con le normative che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L. 12.03.1999 n. 68);

- 5) di non avere in atto nella medesima unità operativa procedure di cassa integrazione straordinaria o in deroga per attività equivalenti a quelle delle professionalità richieste, oppure riguardino diverse unità produttive;
- 6) di accettare tutti i controlli che la Regione riterrà di effettuare in ordine ai dati dichiarati ed a quelli che verranno forniti successivamente nel monitoraggio e controllo delle attività finanziate;
- 7) di avere attualmente in organico nr. _____ dipendenti a tempo indeterminato;
(in caso di società cooperativa includere i soci lavoratori)
- 8) di avere al momento presenti in azienda nr. _____ tirocinanti attivi;
- 9) di essere interessato a realizzare/ospitare presso la propria azienda il seguente Progetto di Esperienza Lavorativa:

Titolo del progetto

Settore o area di attività

Sede di svolgimento

Obiettivi dell'esperienza lavorativa

Descrizione attività che interessano i lavoratori

Profili professionali previsti/coinvolti

Numero lavoratori da ospitare richiesti _____

di cui potenzialmente interessati ad assumerne _____

La presente autodichiarazione dovrà essere obbligatoriamente compilata in tutti i suoi campi, pena la non ammissibilità della stessa, e dovrà essere firmata digitalmente dal legale rappresentante e trasmessa attraverso PEC al seguente indirizzo: ricollocami@pec.regione.campania.it.

..... lì,

Firma Legale Rappresentante