**ALLEGATO C - AUTOCERTIFICAZIONE DELLE ESPERIENZE PROFESSIONALI MATURATE E RICONDUCIBILI AL POSSESSO DEL REQUISITO DICHIARATO PER L’EROGAZIONE DELLE MISURE NELL’AMBITO DEL PERCORSO 4 LAVORO E INCLUSIONE**

**Oggetto:** AVVISO PUBBLICO N. 1 PER L’ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA GOL – GARANZIA OCCUPABILITÀ DEI LAVORATORI DA FINANZIARE NELL’AMBITO DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR), MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE”, COMPONENTE 1 "POLITICHE PER IL LAVORO”, RIFORMA 1.1 “POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO E FORMAZIONE”, FINANZIATO DALL’UNIONE EUROPEA – NEXT GENERATION EU – **Autocertificazione delle esperienze professionali maturate e riconducibili al possesso del requisito dichiarato per l’erogazione delle misure nell’ambito del percorso 4 Lavoro e Inclusione**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***\_l\_sottoscritt\_\_*** | | | | | | | | | | |  |
| *Dati identificativi del rappresentante dell’Agenzia formativa o del Servizio per il Lavoro Accreditato* | | Cognome | Nome | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| Codice fiscale | Natura della carica (specificare) | | | | | | | |  |
|  | Legale rappresentante  procuratore speciale del legale rappresentante  Procura n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ | | | | | | | |  |
| Luogo di nascita | Data di nascita | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| Telefono o cellulare | Indirizzo di posta elettronica | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| ***in nome e per conto dell’Agenzia formativa di seguito descritta*** | | | | | | | | | | | |
| *Dati identificativi dell’Agenzia formativa* | Denominazione | | | | | | Codice Fiscale | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| Comune | | | | | | C.A.P. | | | Provincia (sigla) | |
|  | | | | | |  | | |  | |
| Frazione | | | via | | | | | | numero civico | |
|  | | |  | | | | | |  | |
| Telefono o cellulare | | | Indirizzo di posta elettronica | | | | | | fax | |
|  | | |  | | | | | |  | |
| ***in nome e per conto del Servizio per il Lavoro di seguito descritto*** | | | | | | | | | | | |
| *Dati identificativi del Servizio per il Lavoro Accreditato* | Denominazione | | | Codice Fiscale | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
| *Sede Legale* | | | | | | | | | | |
| Comune | | | C.A.P. | | | | Provincia (sigla) | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| Frazione | | | via | | | | numero civico | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| Telefono o cellulare | | | Indirizzo di posta elettronica | | | | fax | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| *Sede/i Operativa/e* | | | | | | | | | | |
| Denominazione | | | | Codice Fiscale | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| Comune | | | | | C.A.P. | | | Provincia (sigla) | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
| Frazione | | | | | via | | | numero civico | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
| Telefono o cellulare | | | | | Indirizzo di posta elettronica | | | fax | | |
|  | | | | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPONENTE IN FORMA SINGOLA**  **FACENTE PARTE DI PROPONENTE IN FORMA ASSOCIATA NEL RUOLO DI**  **☐ CAPOFILA ☐ COMPONENTE**  **DICHIARA DI**  *“aver maturato esperienza professionale nella gestione di beneficiari richiamati nell’Allegato B – Specificazione dei livelli essenziali delle prestazioni da erogare su tutto il territorio nazionale del D.M. 4/2018 nel LEP N “Presa in carico per soggetti in condizione di vulnerabilità” ai sensi della L. n. 208/2015 art. 1, co. 386; dell’Accordo Conferenza Stato –Regioni 11.2.2016; del DM 26.5.2016. D. Lgs. 147/2017 riconosciute e avviate in regime di finanziamento pubblico Regionale o Nazionale, anche se attuate in regioni diverse dalla Sardegna”* così come di seguito riepilogata | | | | | | |
| Num | Periodo di svolgimento  (da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_) | Sede | Avviso Pubblico | | Fonte di Finanziamento | A.P. che ha erogato il finanziamento |
|  |  |  |  | |  |  |
| Breve descrizione dei destinatari e degli obiettivi del progetto | |  | | | | |
| Num | Periodo di svolgimento  (da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_) | Sede | | Avviso Pubblico | Fonte di Finanziamento | A.P. che ha erogato il finanziamento |
|  |  |  | |  |  |  |
| Breve descrizione dei destinatari e degli obiettivi del progetto | |  | | | | |
| Num | Periodo di svolgimento  (da \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_) | Sede | | Avviso Pubblico | Fonte di Finanziamento | A.P. che ha erogato il finanziamento |
|  |  |  | |  |  |  |
| Breve descrizione dei destinatari e degli obiettivi del progetto | |  | | | | |

*Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR 679/16*

Luogo e data

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

Firma del Rappresentante Legale o del Procuratore speciale

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

(firmato digitalmente[[1]](#footnote-1))

1. Documento firmato digitalmente in conformità alle disposizioni di cui al d.lgs. 7 marzo 2005 n.82, codice dell’amministrazione digitale I documenti sottoscritti mediante firma digitale costituiscono copia originale ad ogni effetto di legge ai sensi del D.lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. Ai sensi del 1° comma dell’art. 45 del D.lgs. 82/2005. I documenti trasmessi ad una pubblica amministrazione con qualsiasi mezzo telematico o informatico idoneo ad accertarne la fonte di provenienza, soddisfano il requisito della forma scritta e la loro trasmissione non deve essere seguita da quella del documento originale. [↑](#footnote-ref-1)