



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Assessorato del lavoro, formazione professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale



AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA

EX PROVINCIA OLBIA TEMPPIO

Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7

Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

ALLEGATO A

FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DIVERSAMENTE ABILI DOMANDA DI ADESIONE DEL SOGGETTO OSPITANTE TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO PER PERSONE CON DISABILITÀ CONTRIBUTO AZIONE 2 TER

Spett.le
Amministrazione
Straordinaria Ex Provincia
Olbia Tempio
Settore 4,
Ufficio UIM
Via Nanni n. 17/19
07026 - Olbia (OT)

Oggetto: Adesione all'Invito a manifestare interesse all'attivazione di TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

nella sua qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta/ENTE/Ragione Sociale _____

con sede legale in _____ Via / Piazza _____

fax _____ tel. _____ e-mail _____

cod.fisc. _____ Partita I.V.A. _____

AI FINI DELL'ADESIONE ALL'AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI SOGGETTI OSPITANTI PER L'ATTIVAZIONE DI TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO PER PERSONE CON DISABILITÀ- CONTRIBUTO AZIONE 2 TER - E NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DAL D.P.R. 445/2000, ART. 76, IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI

D I C H I A R A

(compilare la parte che interessa)

- 1) di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____
al n. _____ ovvero di essere in possesso di Partita Iva n. _____ ;
- 2) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'articolo 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) e di non essere sottoposti/a 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;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Assessorato del lavoro, formazione professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale



AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA

EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO

Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7

Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

ALLEGATO A

- 3) di essere iscritto al n. _____ dal _____ nella sezione _____ settore _____ dell'albo professionale _____ della Provincia di _____
- 4) di essere in regola con gli adempimenti previsti dal T.U. approvato con Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela alla salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 5) di essere in regola con l'applicazione del CCNL applicato che è il seguente:
_____;
- 6) di essere in regola con il versamento degli obblighi contributivi ed assicurativi;
- 7) di essere in regola con gli obblighi di legge riguardanti il collocamento dei disabili (legge 68/99);
- 8) di essere in regola con tutte le normative in materia di lavoro in genere;
- 9) di essere disponibile a fornire tutte le altre informazioni, documenti e notizie utili, designando a tal fine _____, da contattare presso la sede dell'impresa;
- 10) di non aver proceduto, nei dodici mesi precedenti all'attivazione del tirocinio, all'interruzione di rapporti di lavoro subordinato e/o parasubordinato con personale avente il medesimo profilo richiesto per il tirocinio
- 11) che l'impresa (*barcare la casella interessata*):
- non è destinataria di un ordine di recupero pendente a seguito di una precedente decisione della Commissione che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune;
- non ha mai ricevuto, neanche secondo la regola *de minimis*, gli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con le decisioni della Commissione europea indicate nell'art. 4 del D.P.C.M. 23 maggio 2007,
- oppure*
- ha beneficiato, secondo la regola *de minimis*, degli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con la decisione della Commissione Europea indicata nell'art. 4 del D.P.C.M. 23 maggio 2007, per un ammontare totale di euro e di non essere pertanto tenuto all'obbligo di restituzione delle somme fruite,
- oppure*
- ha rimborsato – o □ ha depositato nel conto di contabilità speciale acceso presso la Banca d'Italia - in data (gg/mese/anno)/..../..... mediante..... (indicare il mezzo utilizzato: modello F24, cartella di pagamento, ecc... con cui si è proceduto al rimborso) la somma di euro comprensiva degli interessi calcolati ai sensi del Capo V del Regolamento (CE) 21/4/2004 n. 794/2004 relativa all'aiuto di Stato soggetto al recupero e dichiarato incompatibile con decisione della Commissione europea indicata nell'art. 4, comma 1, lettera [specificare a quali lettere a),b),c) o d] del D.P.C.M. 23 maggio 2007;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Assessorato del lavoro, formazione professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale



AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA

EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO

Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7

Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

ALLEGATO A

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza ed accettare quanto previsto dai seguenti Regolamenti:
 - * Regolamento UE n. 1407/2013 del 18/12/2013 e successive modifiche e integrazioni, relativo all'applicazione degli art. 107e 108 del Trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis";
 - * Regolamento UE n. 1408/2013 del 18/12/2013 relativo all'applicazione degli art. 107 e 108 del Trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis " nel settore della produzione dei prodotti agricoli;
 - * Regolamento UE n. 714/2014 del 27/06/2014 relativo all'applicazione degli art. 107 e 108 del Trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis " nel settore della pesca ;
 - * il Regolamento n. 651/2014 della Commissione del 17 giugno 2014 che dichiara alcune categorie di aiuti compatibili con il mercato comune in applicazione degli articoli 107 e 108 del Trattato (regolamento generale di esenzione per categoria) ed in particolare la sezione 6 "Aiuti a favore dei lavoratori svantaggiati e dei lavoratori con disabilità", art. 32 punti 2-6;
 - * di aver individuato i lavoratori con disabilità con i quali attivare il tirocinio appartenenti ai seguenti target: (**indicare il/i nominativo/i dei soggetti per i quali s'intende avviare il tirocinio**):

Cognome e nome

indirizzo.....

Codice Fiscale

durata Tirocinio n. mesi, per n. ore settimanali

Cognome e nome

indirizzo.....

Codice Fiscale

durata Tirocinio n. mesi, per n. ore settimanali

Cognome e nome

indirizzo.....

Codice Fiscale

durata Tirocinio n. mesi, per n. ore settimanali

- di richiedere una preselezione all'Ufficio Inserimento Mirato per l'individuazione del lavoratore con disabilità con il quale attivare il tirocinio di formazione e orientamento:

Numero Tirocinanti	
Qualifica	
Mansione dettagliata	

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Assessorato del lavoro, formazione professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale

**AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA****EX PROVINCIA OLBIA TEMPPIO**

Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7

Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

ALLEGATO A

Luogo di lavoro	
Ore Settimanali	
Durata mesi	

Numero Tirocinanti	
Qualifica	
Mansione dettagliata	
Luogo di lavoro	
Ore Settimanali	
Durata mesi	

Numero Tirocinanti	
Qualifica	
Mansione dettagliata	
Luogo di lavoro	
Ore Settimanali	
Durata mesi	

(Timbro e Firma del dichiarante)

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicati nell'informativa privacy riportata al punto 12 dell'Avviso a manifestare interesse.

_____, lì _____

(Timbro e Firma del dichiarante)**Allegati:**

1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/legale Rappresentante dell'azienda.

_____, lì _____

(Timbro e Firma del dichiarante)