**Allegato 1 alla Determinazione**

**AVVISO PUBBLICO PER L’ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI D’INTERESSE PER L’ORGANIZZAZIONE ED EROGAZIONE DI PERCORSI FORMATIVI NELL’AMBITO DI INTERVENTI DI POLITICHE ATTIVE IN FAVORE DEI LAVORATORI PERCETTORI DI CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI STRAORDINARIA (CIGS)**

**AI SENSI DELL’ART. 44, COMMA 11, DEL D.LGS. N. 148/2015**

**Modello di manifestazione di interesse**

***Allegato 1 –Modello di manifestazione d’interesse***

Spett.le

**Regione Autonoma della Sardegna**  
Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,   
Cooperazione e Sicurezza Sociale -   
Direzione generale del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale

Servizio Politiche per l’impresa

[lavoro@pec.regione.sardegna.it](mailto:lavoro@pec.regione.sardegna.it)

**Oggetto**: Manifestazione d’interesse. “Avviso pubblico per l’acquisizione di manifestazioni d’interesse per l’organizzazione ed erogazione di percorsi formativi nell’ambito di interventi di politiche attive in favore dei lavoratori percettori di cassa integrazione guadagni straordinaria (CIGS) ai sensi dell’art. 44, comma 11, del d.lgs. n. 148/2015, dipendenti dell’azienda RE.NO.srl”.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***\_l\_ sottoscritt\_\_*** | | | | | |
| *Dati identificativi del rappresentante legale dell’Agenzia formativa* | Cognome | | Nome | | |
|  | |  | | |
| Codice fiscale | | Natura della carica (specificare) | | |
|  | |  | | |
| Luogo di nascita | | Data di nascita | | |
|  | |  | | |
| Telefono o cellulare | Indirizzo di posta elettronica | | Sesso  *(barrare la relativa casella)* | |
|  |  | | M  | F  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***In nome e per conto dell’Agenzia formativa*** | | | | |
| *Dati identificativi dell’Agenzia formativa* | Denominazione | | Codice Fiscale | |
|  | |  | |
| Comune | | C.A.P. | Provincia (sigla) |
|  | |  |  |
|  | via | | numero civico |
|  |  | |  |
| Telefono o cellulare | Indirizzo PEC | | fax |
|  |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *DICHIARA che l’Agenzia Formativa* | |
|  | sotto la propria responsabilità e Consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, il soggetto decadrà, automaticamente, dalla concessione del finanziamento ed il dichiarante incorrerà nelle sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci |
| * + - è iscritta **senza vincolo** nell’elenco regionale dei “Soggetti abilitati a proporre e realizzare interventi di formazione professionale” **macro-tipologia C**, di cui alla D.G.R. n. 7/10 del 22.2.2005 avente ad oggetto “Decreto del Ministero del Lavoro del 25/05/2001 n.166 - Indirizzi generali sulle modalità di accreditamento dei soggetti ammessi al finanziamento di progetti formativi finanziati con risorse pubbliche” e di essere a conoscenza e accettare tutte le disposizioni del sistema regionale di accreditamento; * non incorre in uno o più dei motivi di esclusione previsti dall’art. 80 del Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50; * è in regola con le norme della Legge n. 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili o, in alternativa, non è soggetta alle norme di cui alla Legge n. 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili perché occupa un numero inferiore a 15 dipendenti. |
|  | **DICHIARA inoltre** |
|  | * di accettare integralmente le disposizioni dell’Avviso in oggetto e di essere consapevole degli adempimenti richiesti, nessuno escluso; * di aver preso visione dell’informativa sulla privacy di cui all’art. 7 dell’Avviso ai sensi del D.lgs 196/2003 Codice della privacy– T.U sulla Privacy della Repubblica italiana, modificato dal D.lgs 101/2018, in attuazione del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e di autorizzare il trattamento dei dati personali sulla base della medesima. |

**MANIFESTA**

**l’interesse a organizzare e realizzare i seguenti percorsi formativi, nel rispetto delle disposizioni dell’Avviso e della normativa vigente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Settore** | **AdA/Patentino** | **Indirizzo sede** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Scheda di presentazione sintetica dell’Agenzia Formativa e delle modalità di organizzazione dei percorsi, compresi gli eventuali servizi aggiuntivi proposti.**

|  |
| --- |
| *Massimo 1 pagina* |

|  |
| --- |
| ***Firma digitale del rappresentante legale dell’Agenzia formativa[[1]](#footnote-1)*** |
| Nome e cognome |

1. documento firmato digitalmente secondo le indicazioni sulla dematerializzazione contenute nella Deliberazione G.R. n. 71/40 del 16.12.2008 ai sensi e per gli effetti dell’art. 20 comma 2 del d.lgs. 7 marzo 2005 n.82, Codice dell’amministrazione digitale [↑](#footnote-ref-1)