

Allegato A

DOMANDA DI ADESIONE ALLA SHORT LIST DEI SOGGETTI OSPITANTI PER L'ATTIVAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "WORK AUT – ALLENIAMOCI AL LAVORO!" (cod. ID 59 – CUP B29G24000760001) - Avviso Pubblico per l'acquisizione delle manifestazioni di interesse di enti del Terzo Settore interessati alla realizzazione di interventi diretti alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (D.D. n. 395 del 21/07/2023 e ss.mm.ii.)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ il _____ nella sua qualità di
rappresentante legale dell'ente _____ cod. fisc.
_____ Partita I.V.A _____ con sede
legale in _____ Via/Piazza
_____ cap _____ tel. _____
e-mail _____
pec _____ e sede operativa in
_____ Via/Piazza _____
tel. _____ e-mail _____ settore:

MANIFESTA L'INTERESSE AD ATTIVARE TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "WORK AUT: ALLENIAMOCI AL LAVORO!".

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____ al n. _____ (ove ricorre);
- di essere iscritto al Runtis con Prot. _____ del _____ (ove ricorre);
- di essere in possesso di Partita Iva n. _____ e C.F. n. _____;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi (DURC);
- di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n.123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e successive modificazioni, assicurandone l'applicazione anche ai tirocinanti ivi ospitati;

- di essere in regola con l'adozione delle misure di prevenzione da contagio Covid-19 secondo quanto previsto dal DPCM del 24 aprile 2020, modificato dal DPCM 17 maggio 2020 – Allegato 12;
- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;
- di avere nel proprio organico n. _____ lavoratori, di cui n. ____ con contratto a tempo indeterminato, n. _____ con contratto a tempo determinato, n. _____ (altre forme contrattuali);
- di applicare il seguente CCNL _____ nell'ambito della propria azienda;
- di non aver fatto ricorso alla CIG, a procedure di mobilità o di licenziamento collettivo o per giustificato motivo oggettivo, negli ultimi 12 mesi per la medesima tipologia di attività;
- di rendersi disponibile ad ospitare presso una propria sede n. _____ tirocini di inclusione sociale.

Si allega:

1. Copia del documento di riconoscimento del Legale Rappresentante in corso di validità;
2. Ulteriore Documentazione amministrativa (visura camerale, statuto/atto costitutivo per ETS, DURC, ecc.);
3. Copia F/R del documento di riconoscimento del Legale Rappresentante in corso di validità.

Luogo e data _____

(Timbro e firma del Legale Rappresentante)

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ AD ATTIVARE TIROCINI E GARANTIRE IL SUPPORTO FORMATIVO E SCHEDA FABBISOGNO NELL'AMBITO DEL PROGETTO "WORK AUT – ALLENIAMOCI AL LAVORO!" (cod. ID 59 – CUP B29G24000760001)

Avviso Pubblico per l'acquisizione delle manifestazioni di interesse di enti del Terzo Settore interessati alla realizzazione di interventi diretti alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico (D.D. n. 395 del 21/07/2023 e ss.mm.ii.)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ il _____ nella sua qualità di rappresentante legale
dell'ente _____ C.F. _____
_____ Partita IVA _____ con sede legale in
_____ Via/Piazza _____ cap _____ tel. _____
_____ e-mail _____
pec _____ e sede operativa in _____
Via/Piazza _____ tel. _____ e-
mail _____

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- di essere disponibile ad accogliere tirocinanti nell'ambito dell'Avviso *de quo*, in qualità di soggetto ospitante;
- di essere consapevole che si tratta di tirocini di inclusione sociale, rivolti a soggetti fragili o svantaggiati, finalizzati al potenziamento dell'autonomia e alla promozione dell'occupabilità;
- di garantire un ambiente formativo idoneo, nel rispetto della normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- di assicurare la presenza di un tutor aziendale dedicato, con esperienza e competenze adeguate alla funzione di affiancamento e accompagnamento del tirocinante;
- di impegnarsi a collaborare alla definizione e attuazione del progetto formativo personalizzato, in raccordo con il soggetto promotore e i servizi sociali/sanitari coinvolti;
- di essere informato che, ai fini della selezione e attivazione, verrà rispettato l'ordine di priorità previsto dall'avviso pubblico;
- di accettare che l'abbinamento con il tirocinante avverrà in base al principio di coerenza tra profilo professionale/sociale e contesto aziendale, nonché nel rispetto del principio di territorialità;
- di essere consapevole che i tirocini non costituiscono rapporto di lavoro.

Luogo e data _____

Firma _____

A tal fine allega,

**SCHEDA FABBISOGNO
INFORMAZIONI PER ATTIVAZIONE TIROCINI INCLUSIONE SOCIALE****SEDE LEGALE**

Ragione sociale	
Forma giuridica	
Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia e CAP)	
P.I.	
Iscrizione CCIAA n.	
Codice/i ATECO:	
E-MAIL	
PEC	
TELEFONO	

SEDE OPERATIVA, SE DIVERSA DALLA SEDE LEGALE DOVE UBICARE IL TIROCINANTE

Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia, CAP)	
E-MAIL	
TELEFONO	

PROFILO PROFESSIONALE RICHIESTO

Indicare Tipologia di Profilo professionale richiesta	
Principali Mansioni	

ORARIO DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO IPOTETICO (20 ORE)

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	DALLE ORE	ALLE ORE
LUNEDI'				
MARTEDI'				
MERCOLEDI'				
GIOVEDI'				
VENERDI'				
SABATO				
DOMENICA				

In caso di orario continuato, occorre prevedere per il tirocinante una pausa pranzo di almeno un'ora.

TUTOR SOGGETTO OSPITANTE

NOME E COGNOME	
CF	
PROFILO AZIENDALE	
COTRATTO	

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____