

FILE 2: ALLEGATO A: ISTANZA

Mod. allegato "A": ISTANZA

Al Comune di Ragusa - Ente capofila del Distretto 44
VIII Settore - Servizi Sociali

Oggetto: MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L' ACCREDITAMENTO DI COOPERATIVE SOCIALI/ ENTI del SETTORE NO PROFIT IN GENERE, OPERANTI O CHE INTENDONO OPERARE NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 44, FINALIZZATO AD OSPITARE TIROCINI FINALIZZATI ALL' INCLUSIONE SOCIALE A FAVORE DI SOGGETTI IN DIFFICOLTA' ECONOMICA ANCHE IN CONDIZIONI DI VULNERABILITA', INSERITI NELLA MISURA DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DENOMINATA "SOSTEGNO PER L' INCLUSIONE ATTIVA" GIUSTO DECRETO MINISTERIALE DEL 26 MAGGIO 2016 PUBBLICATO SULLA GAZZETTA UFFICIALE N. 166 DEL 18 LUGLIO 2016. CUP: F69G17000270007, CIG: Z272098EFB.

Il sottoscritto nato a
.....il residente in
.....

Via.....n..... nella qualità di Legale
Rappresentante della Cooperativa sociale/Ente no profit in genere, con sede
legale in Via città
Prov. C.F. P.IVA
..... tel.
faxPEC e-mail
.....

CHIEDE

di essere accreditato per la realizzazione di servizi consistenti nell' ospitare all' interno di una delle attività gestite, soggetti in difficoltà economica in condizioni di vulnerabilità, INSERITI NELLA MISURA DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DENOMINATA "SOSTEGNO PER L' INCLUSIONE ATTIVA" GIUSTO DECRETO MINISTERIALE DEL 26 MAGGIO 2016 PUBBLICATO SULLA GAZZETTA UFFICIALE N. 166 DEL 18 LUGLIO 2016

A tal fine

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto di legge, che la COOPERATIVA SOCIALE/ ENTE NO PROFIT IN GENERE, possiede i seguenti requisiti:

- 1) Di essere Iscritto alla Camera di Commercio Industria e Artigianato competente per territorio (ove richiesto dalla normativa vigente) segnatamente per le attività nelle quali si intendono ospitare i tirocini finalizzati all' inclusione sociale;
- 2) Di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016, tutto incluso e niente escluso;
- 3) Di applicare integralmente, nei confronti dei propri dipendenti, i CCNL di settore e gli accordi integrativi;
- 4) Di avere regolare posizione materia di contributi previdenziali e assistenziali;
- 5) Di avere regolare posizione rispetto agli obblighi ed adempimenti in materia di diritto del lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/1999;
- 6) Di individuare nei seguenti servizi le possibili attività dove impiegare i soggetti di cui all' oggetto:

- 7) Di avere esperienza nella gestione nell'ultimo anno dei servizi/attività sotto descritti:

Denominazione e oggetto del servizio	Ente committente	Periodo di attuazione

- 8) Di aver adottato la carta dei servizi (allegare "Carta dei servizi").
- 9) Di essere in possesso di attestazione revisione in corso di validità ove previsto dalla normativa vigente.
- 10) Di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 11) Di non avere effettuato licenziamenti, fatti salvi quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative, nei 12 mesi precedenti l' attivazione del tirocinio;
- 12) Iscrizione all'Albo regionale, ove previsto, per l'attività svolta; (nel caso di organizzazione di volontariato) Iscrizione nel Registro generale regionale delle Organizzazioni di volontariato e previsione nello statuto dell' organizzazione delle attività nelle quali si ospiteranno i tirocini finalizzati all' inclusione sociale.

DICHIARA ALTRESI'

di essere disponibile ad ospitare come tirocinanti presso le proprie strutture e i propri servizi un numero massimo di _____ (NUMERO E LETTERA) (comunque non superiore a tre tirocinanti per ogni unità operativa) soggetti in difficoltà economica così analiticamente distinto per ogni singola unità operativa (indicare attività e sede) : _____ nel rispetto rigoroso di quanto previsto dal Patto di accreditamento e delle dichiarazioni di cui sotto.

DICHIARA INOLTRE AD OGNI EFFETTO DI LEGGE DI IMPEGNARSI A :

1. Utilizzare il soggetto in difficoltà economica esclusivamente per la attività selezionata;
2. Utilizzare il soggetto in difficoltà economica in affiancamento e mai in sostituzione a personale dipendente;
3. Trasmettere ai Comuni del Distretto il/i nominativo/i del/i dipendente/i responsabile/i del tirocinio formativo;
4. Garantire il rispetto delle normative sulla sicurezza dei posti di lavoro tutto incluso e niente escluso ivi compresi il corso di informazione/formazione e le dotazioni di dd.pp.ii.;
5. Impegnare il soggetto in difficoltà economica per il numero di ore previsto dal Servizio Sociale Professionale in forza ai Comuni del Distretto;
6. Tenere un registro delle presenze riguardante il tirocinio formativo;
7. Permettere in qualsiasi momento l'attività ispettiva sull'inserimento da parte del Servizio Sociale Professionale in forza ai Comuni del Distretto.

DICHIARA INFINE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, ai sensi degli artt.46 e 47 e seguenti del D.P.R. 445/2000, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendaci, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R. le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, oltre alle conseguenze amministrative previste nelle procedure concernenti gli appalti pubblici.

1. Di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016, tutto incluso e niente escluso, ed espressamente di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016 ai punti 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 1g, 2, 3, 4, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5f-bis, 5f-ter, 5g, 5h, 5i, 5l, 5m, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14;
1. (ove richiesto dalla normativa vigente) Di essere iscritto al Registro delle imprese presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di _____

per _____ l'attività _____ di _____

numero e data di iscrizione

organi di amministrazione, persone che li compongono (indicare nominativi ed esatte generalità di tutti i componenti del Consiglio di amministrazione) _____
muniti di rappresentanza

2. Di essere in regola circa la correttezza degli adempimenti periodici relativi ai versamenti Contributivi verso l'INAIL e l'INPS

di essere assicurata all'I.N.A.I.L. codice ditta n° _____

di essere iscritta all'I.N.P.S. con matricola n° _____

di applicare il seguente contratto collettivo _____

dimensione aziendale da 0 a 5 da 6 a 15 da 16 a 50 da 51 a 100
 oltre

3. Di non incorrere in nessuna delle sanzioni o misure cautelari che impediscono di contrarre con le Pubbliche Amministrazioni;

4. Di avere un fatturato medio di € _____ (euro _____/00) nell'ultimo triennio;

5. Di aver preso visione ed accettato, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'avviso di manifestazione di interesse con formale impegno al loro assoluto rispetto;

6. Di essere informato, ai sensi e per effetto del D.Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

7. Indica il seguente domicilio per ogni comunicazione relativa al presente avviso _____

E i seguenti recapiti

- Mail _____ tel/cell _____

- Posta certificata _____

La presente dichiarazione, esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455, viene presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante.

Allega a pena di esclusione:

Patto di accreditamento (ALLEGATO B) timbrato e sottoscritto dal Legale Rappresentante in ogni foglio e contenente in ogni foglio la dicitura: per accettazione integrale tutto incluso e niente escluso.

Data _____

Timbro e Firma

Legale Rappresentante

Il
