

**Oggetto: ISTANZA DI ACCREDITAMENTO PER L'ACCOGLIENZA DI TIROCINI FORMATIVI**

Il /la sottoscritto/a.....  
nato/a.....il....., residente a.....  
via/piazza.....n.....codice Fiscale.....,  
in qualità di legale rappresentante dell'impresa.....  
con sede legale in....., consapevole, delle responsabilità penali richiamate  
dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 , cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di  
atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445/2000,

**CHIEDE**

di essere inserito in un elenco di imprese profit e no profit per l'attivazione di tirocini inclusivi, di cui al  
**PROGETTO PON DEL SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA (SIA/REI) DI CUI ALL'AVVISO N.3/2016 DEL  
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI -FSE 2014-2020.**

**A TAL FINE DICHIARA**

- che l'impresa non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione della candidatura, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo presso la stessa unità operativa e per lo stesso profilo professionale o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che l'impresa non ha effettuato licenziamenti per superamento del periodo di comparto, per mancato superamento del periodo di prova, per fine appalto, risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro al termine del periodo formativo;
- che l'impresa non è ricorsa alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, straordinaria ed in deroga) nei 12 mesi precedenti;
- che l'impresa è regolarmente iscritta al registro delle imprese di \_\_\_\_\_ per il settore \_\_\_\_\_;
- che l'impresa è in regola con la normativa in materia di salute e sicurezza del lavoro sui luoghi di lavoro di cui al D.lgs 81/2008 e s.m.i.;
- che l'impresa è in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni per il diritto al lavoro ai disabili, se superano n.15 unità di dipendenti;
- che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'impresa non si trova in pendenza di giudizio e/o con sentenza di condanna passata in giudicato, in materia di licenziamenti;
- che l'impresa è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del CCNL e del contratto di categoria, nonché con il pagamento dei tributi locali;

- che l'impresa si impegna a tenere a disposizione del Comune di Misilmeri ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola;
- che non sussistono cause ostative di cui al D.lgs 159/2011 (normativa antimafia). Al fine della verifica si riportano i dati dei conviventi maggiorenni del legale rappresentante e di eventuali altri soggetti muniti di potere di rappresentanza (dati anagrafici e codice fiscale):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dati della ditta**

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ N.° iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_

Luogo e data di iscrizione \_\_\_\_\_

Descrizione attività \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Comune Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

e mail Pec \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa interessata \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

P.IVA° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Numero dipendenti: (*Barrare la casella corrispondente*)

- fino a 5
- da 6 a 20
- Superiore a 20 (n. \_\_\_\_\_)

**Liberatoria per il trattamento dei dati personali:**

Il/la sottoscritto/a..... autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs 196 del 2003 e s.m.i. e della normativa europea sulla privacy GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679.

**Si allega: copia documento di riconoscimento in corso di validità.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_