Amministrazione destinataria

Comune di Guspini

Ufficio destinatario

Ufficio servizio sociale territoriale - PLUS

Distretto Socio Sanitario GUSPINI

UNIONE EUROPEA Fondo Sociale Europeo | PON INCLUSIONE | MINISTERO del LAVORO e delle POLITICHE SOCIALI

Manifestazione di interesse per aziende ospitanti disponibili ad attivare tirocini di inclusione per i beneficiari di misure di sostegno al reddito

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

da non usare per presentazione cartacea

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☐ di essere iscritto, se soggetto, nel Registro delle Imprese della CCIAA

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	
Numero Iscrizione	**Data Iscrizione**

- ☐ di avere una sede operativa in Sardegna
- ☐ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili
- ☐ di non avere proceduto nei 12 mesi antecedenti alla data di pubblicazione dell'avviso a licenziamenti per riduzione di personale (esclusa l'ipotesi di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo) e non avere compiuto, nei sei mesi antecedenti alla presentazione della domanda, licenziamenti di personale in possesso della stessa qualifica o profilo professionale oggetto dell'inserimento, fatti salvi quelli per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo
- ☐ di non avere aperte procedure di cassa integrazione, straordinaria o in deroga, per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa, salvo il caso in cui ci siano accordi con le organizzazioni sindacali che prevedono tale possibilità. Sono escluse le procedure di cassa integrazione attivate in conseguenza della pandemia. Un soggetto ospitante che ha in corso contratti di solidarietà di tipo espansivo può attivare tirocini;
- ☐ di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro (D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009 n. 106)
- ☐ di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio
- ☐ di non avere un rappresentante legale nei cui confronti siano pendenti procedimenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui art. 6 del decreto legislativo n. 159 del 2011 o di una delle cause ostative previste dall'art. 67 del decreto legislativo n. 159 del 2011
- ☐ di applicare integralmente il CCNL di riferimento

Si impegna

- ☐ ad accogliere, per tutta la durata del tirocinio, così come da progetto personalizzato PFI

n. destinatari

- ☐ ad assicurare la presenza presso la propria sede di un tutor aziendale in possesso di esperienza e capacità adeguata al fine di garantire il supporto professionale e lavorativo da parte dell'azienda ospitante e il raggiungimento degli obiettivi del tirocinio. A tal fine dichiara di essere a conoscenza che ogni tutor aziendale può accompagnare fino ad un massimo di tre tirocinanti (DGR 44/11 del 23.201.2013)
- ☐ a garantire l'osservanza degli obblighi assicurativi contro gli infortuni su lavoro oltre che per la responsabilità civili verso terzi con idonea compagnia assicurativa
- ☐ assicurare la realizzazione del percorso di tirocinio secondo quanto previsto dal progetto personalizzato di tirocinio
- ☐ compilare e consegnare il registro delle presenze del tirocinante
- ☐ redigere e consegnare una relazione finale entro 30 giorni dal termine del tirocinio, ai fini del rilascio, da parte del soggetto promotore/Consorzio Network Etico, dell'attestazione dell'attività svolta e delle competenze eventualmente acquisite

da non usare per presentazione cartacea

☐ adempiere agli obblighi di legge in materia di:

- comunicazioni obbligatorie, anche nei casi di proroga o interruzione anticipata del tirocinio
- assicurare, nella fase di avvio del tirocinio, adeguata informazione e formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi degli artt. 36 e 37 del D.lgs. 81/2008, e garantire al tirocinante le condizioni di sicurezza e di igiene nel rispetto della vigente normativa in materia, sollevando da qualsiasi onere il soggetto promotore
- collaborare con il soggetto promotore e con il Consorzio Network Etico per le attività di monitoraggio e verifica dell'andamento del tirocinio, garantendo al tirocinante l'accesso a tutte le conoscenze e le abilità necessarie all'acquisizione delle competenze previste nella figura professionale presa a riferimento nel Progetto personalizzato di tirocinio
- comunicare in forma scritta al soggetto promotore e/o al Consorzio Network Etico di tutte le eventuali variazioni inerenti il progetto personalizzato di tirocinio (cambiamento della sede del tirocinio, variazioni di orario, sostituzione del tutor, ecc.)

Dichiara altresì

☐ di essere consapevole che gli oneri derivanti dall'attività di ciascun tirocinante a cura del dal Consorzio Network Etico nel limite di spesa di € 3.500,00 previa rendicontazione e nel rispetto delle voci di spese ammissibili di seguito indicate:

- dispositivi di protezione individuale
- assicurazione RCT e INAIL
- Visita medica D.Leg. 81/2008
- Corso di sicurezza nei luoghi di lavoro D.lgs 81/2008
- Compenso Tirocinante
- Indennizzo tutor aziendale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Guspini		

da non usare per presentazione cartacea