



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2

COMUNE CAPOFILA SCAFATI

ALLEGATO 1

Spett.le

Ambito Territoriale S01_2

Via Leonardo Da Vinci- Angri (SA)

Avviso pubblico per l'individuazione di soggetti ospitanti tirocini finalizzati all'inclusione sociale - Pon Inclusione 2014-2020.

Il /La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____ C.F. _____

residente in _____ (prov _____)

C.A.P. _____ Tel. _____ E.mail _____

In qualità di * _____

DICHIARA

Che i dati di seguito riferiti sono resi ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

IMPRESA RICHIEDENTE

Partita IVA _____

Ragione Sociale _____

Luogo (Indicare il Comune dove ha sede l'Impresa) _____

Prov. _____ Sede Legale _____ C.A.P. _____

Pec. _____

Tipo impresa _____

Attività svolta dall'impresa _____

Attività a cui destinare i borsisti _____

N. di borsisti disponibile ad accogliere _____

Eventuali altre comunicazioni:

N.B.:

1. Il modulo dovrà essere compilato obbligatoriamente in ogni sua parte, pena l'esclusione, in stampatello;
2. (*) specificare presidente, amministratore delegato, titolare o altro;
3. allegare fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento di chi firma in corso di validità, pena esclusione.

Li,

Il Dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile e timbro della ditta)





ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL
MONTE ALBINO



SCAFATI

AMBITO TERRITORIALE S01_2

COMUNE CAPOFILA SCAFATI

ALLEGATO 1

Spett.le

Ambito Territoriale S01_2

Via Leonardo Da Vinci- Angri (SA)

Avviso pubblico per l'individuazione di soggetti ospitanti tirocini finalizzati all'inclusione sociale - Pon Inclusione 2014-2020.

Il /La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____ C.F. _____

residente in _____ (prov _____)

C.A.P. _____ Tel. _____ E.mail _____

In qualità di *

Dell' impresa _____

Partita IVA _____

Con sede (Indicare il Comune dove ha sede l'Impresa) _____

Prov. _____ Sede Legale _____ C.A.P. _____

Pec. _____

CHIEDE

di aderire all'Avviso Pubblico per individuare soggetti ospitanti dei Tirocini di inclusione attiva-
PON 2014-2020

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.
445/2000

DICHIARA

1. che l'impresa non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
2. che nei propri confronti, e dei familiari conviventi, non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575;
3. di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione dalla possibilità di contrarre con la P.A. previste dall'art.80 del D.Lgs. 50/2016
4. di aver preso visione dell'avviso pubblicato sul sito del Comune di Scafati Capofila (SA);
5. di essere a conoscenza che i tirocinanti saranno assegnati previa verifica della compatibilità dell'attività lavorativa esercitata dalla richiedente con le attitudini e preferenze del tirocinante.

Allega alla presente:

Allegato 1

Documento d'identità del rappresentante legale

Descrizione delle attività dell'Ente (breve curriculum)

Firma del dichiarante



Unione europea
Fondo sociale europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI