

OGGETTO: ISTANZA DI ADESIONE PER LA COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE IMPRESE DISPONIBILI ALLA REALIZZAZIONE DELL'AZIONE: TIROCINI INCLUSIVI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE. PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL 2020) A VALERE DELLA QUOTA SERVIZI FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2020 - MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI CUP: D91H20000240003

**Al Coordinatore del
Distretto Socio Sanitario n° 34
c/o Comune di Carini
Via Umberto I°
90044 — CARINI (PA)**

Dati identificativi del soggetto proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____

N. Iscrizione CCIAA _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ CAP _____ Prov _____

Telefono _____ mail _____

PEC _____

PARTITA IVA _____ C.F. _____

Indirizzo sede operativa interessata: _____ Comune _____ Prov _____

CAP _____ tel _____ mail _____

Referente

Cognome e Nome _____ Posizione _____

Tel _____ mail _____

Tipologia del soggetto proponente

Aziende operanti nel settore _____

Studi professionali operanti nel settore _____

Ditte individuali operanti nel settore _____

Consorzi agrari, consorzi industriali operanti nel settore _____

Cooperative di produzioni di lavoro e/o servizi operanti nel settore _____

Esperienze in attività analoghe

Il soggetto proponente

DICHIARA

Di avere n. _____ dipendenti assunti a tempo determinato / indeterminato.

CHIEDE

di essere ammesso alla costituzione della long list per l'individuazione delle imprese per la realizzazione dell'azione tirocini inclusivi finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione Piano di Attuazione Locale (PAL 2020) Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CUP: D91H20000240003, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'Avviso pubblico.

A tal fine dichiara di rendersi disponibile ad ospitare presso la propria ditta n. _____ beneficiari dei tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione previsti nell'azione 2 del Piano di Attuazione Locale (PAL 2020) a valere della Quota Servizi Fondo Povertà Annualità 2020 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali **CUP D91H20000240003**, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'Avviso Pubblico.

A tal fine, dichiara di rendersi a fornire al Comune di Carini tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

_____ li _____

FIRMA

*Per il calcolo dei dipendenti si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 68 della legge 15 maggio 2013 n. 9 (pubblicata sulla GURS del 17.05.2013 — Disposizioni in materia di istituzione, formazione e cultura, abrogazioni e modifiche di norma), nello specifico:

- fino a 2 (due) tirocinanti, nel caso di aziende che hanno in forza fino a 5 (cinque) dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato
- fino a 4 (quattro) tirocinanti, nel caso di aziende con un numero di dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato compreso tra 6 (sei) e 20 (venti);
- fino ad un massimo di tirocinanti pari al 20% dei dipendenti assunti a tempo determinato/indeterminato, nel caso di aziende con un numero di dipendenti superiore a 21 (ventuno) unità.