

Spazio riservato al Comune Prot. n _____ data : _____

**Al Coordinatore del Distretto Socio-Sanitario D18
Comune di Paterno' (CT)
Parco Del Sole n. 22
95047 PATERNO' (CT)
PEC: ass.servizisociali@cert.comune.paterno.ct.it**

Oggetto: Adesione progetto S.I.A (Sostegno Inclusione Lavorativa) , PON Inclusione 2014-2020.

Il/la sottoscritt _____ C.F. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

e residente a _____ Prov. Di _____

in via _____ N. _____ rappresentante legale dell'Azienda con

ragione sociale _____ Forma giuridica _____

con sede legale in _____ prov. _____ Via _____ n. _____

tel _____ fax _____ e-mail _____

cellulare _____ sede/i operativa/e _____

Visto l'avviso pubblico del _____

DICHIARA

- di essere disponibile ad ospitare n. _____ tirocinanti nella propria sede operativa di: _____

Via _____ Tel. _____ Fax _____

Fax _____ e-mail _____, finanziati dal Progetto

" Sostegno Inclusione Attiva" (S.I.A) finanziati dal Fondo Sociale Europeo (FSE) ,programmazione 2014/2020 del PON Inclusione , indetto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali);

- Di essere in possesso dei requisiti di ordine generale ai sensi del D.Lgs n. 50/2016;

- Di non aver cessato o sospeso la propria attività, non trovarsi in stato di scioglimento e non essere sottoposti a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa e amministrazione controllata;

- Di essere iscritto nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. in data _____ n. _____
per la tipologia dell'attività _____
- Di avere in carico n. _____ dipendenti ;
- Di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza, igiene, prevenzione infortuni, protezione, trattamento e tutela dei lavoratori nonché delle condizioni di lavoro;
- Di essere in regola con gli adempimenti e i versamenti contributivi, assicurativi e previdenziali previsti dalla legge;
- Di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/99.

CARATTERISTICHE DEL TIROCINIO AREA AZIENDALE :

(specificare il/i profili professionali per il quale si intende avviare il tirocinio segnando l'apposita casella)

☒ Amministrazione/ Finanza; ☒ Produzione; ☒ Comunicazione e pubblicità ; ☒ Logistica/ magazzino.

☒ Trasporti ; ☒ Commerciale e vendita; ☒ Segreteria ; ☒ Informatica ; ☒ Assistenza clienti .

☒ Altro (specificare) _____

Descrizione della / e attività e compiti principali per i quali si intende ospitare il/i tirocinanti:

Per quanto sopra, dichiara di essere consapevole che :

- le esperienze di tirocinio che i datori intrattengono con i soggetti da essi ospitati non costituiscono rapporto di lavoro; l'attivazione di un tirocinio formativo non può essere sostitutiva di monodopera aziendale o di prestazione professionale; sarà predisposto un progetto formativo e di orientamento per ciascun tirocinio contenente gli obiettivi e le modalità di svolgimento dello stesso; il tirocinio è finanziato dal **progetto S.I.A** (rimborso spese per ogni tirocinante , polizze RC civile e INAIL) per la durata massima di mesi 6.

A conclusione del tirocinio il soggetto ospitante ha libera facoltà di assumere il tirocinante risultato idoneo allo svolgimento dell'attività lavorativa proposta o di ritenere concluso il tirocinio formativo.

Con l'adesione al presente modulo il soggetto ospitante acconsente al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 , essendo consapevole del fatto che i dati forniti per l'attivazione dei Tirocini Formativi e di Orientamento verranno trattati per le seguenti finalità: attivazione, monitoraggio e ogni altra procedura relativa, collegate all'istruttoria dei Tirocini

Formativi e di Orientamento , nell'ambito del Progetto " Sostegno Inclusione Attiva" (SIA).

Luogo e data _____

Si allega fotocopia della C.I

Timbro e firma del Legale Rappresentante