

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' DEL SOGGETTO OSPITANTE
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
 (cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
 (luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) Via _____ n. _____
 (luogo) (prov.) (indirizzo)

Legale rappresentante dell'Azienda (denominazione) _____

indirizzo mail/pec dell'azienda: _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

che intende attivare un percorso di tirocinio con il /la Sig/Sig.ra _____ nel rispetto degli impegni assunti con la sottoscrizione della Convenzione di tirocinio e di essere a conoscenza delle disposizioni e modalità previste dal Bando BSL GOL per il riconoscimento del contributo indennità.

A tal fine dichiara altresì :

1. Sede legale dell'Azienda _____

2. Codice Fiscale azienda _____

3. Partita IVA azienda _____

4. Sede operativa (*luogo di svolgimento del tirocinio*) _____

5. N° di addetti sede operativa (*idonei al computo per i limiti numerici ai sensi della DGR85/2017*):

a tempo pieno: _____

a tempo parziale (*indicare percentuale di orario di ogni addetto*): _____

a tempo determinato (*indicare la data fine del rapporto di lavoro di ogni addetto*): _____

In caso di azienda senza dipendenti indicare l'attività prevalente svolta dal titolare:

6. Tirocinanti presenti nella sede operativa _____, di cui n. _____ soggetti svantaggiati/disabili

7. Di essere in regola con gli adempimenti di cui al D.lgs. 81/2008 e smi

8. Di essere in regola con i versamenti premi INAIL e INPS

9. Di essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99 e smi ed in particolare di trovarsi nella seguente fattispecie (*crociare la voce interessata*):

- ditta non soggetta all'obbligo - tirocinio che non sospende obbligo
- ditta adempiente - tirocinio che non sospende obbligo
- ditta con convenzione art. 11 valida alla data di avvio del tirocinio con il CPI competente - tirocinio che sospende l'obbligo (Convenzione n. ____ con scadenza il _____)

10. Di aver effettuato, nella medesima unità operativa e nei 12 mesi precedenti per le mansioni equivalenti (crociare la voce interessata tra i seguenti motivi):

- licenziamento per giustificato motivo oggettivo,
- licenziamenti collettivi
- licenziamento per superamento del periodo di comporta;
- licenziamento per mancato superamento del periodo di prova;
- licenziamento per fine appalto;
- risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro, al termine del periodo formativo.

Oppure

- Di non aver effettuato, nella medesima unità operativa e nei 12 mesi precedenti per le mansioni equivalenti, alcun licenziamento per le motivazioni sopra citate

11. Di non avere nella medesima unità operativa avere procedure di CIG straordinaria, ordinaria o in deroga in corso oppure ricorso al Fondo di Integrazione Salariale o a Fondi bilaterali per il sostegno al reddito, per mansioni equivalenti a quelle del tirocinio né di avere procedure concorsuali in corso.

12. che il candidato (crociare la voce interessata):

non ha mai svolto un tirocinio presso l'azienda né svolto attività lavorative,

ha avuto le seguenti esperienze lavorative/di tirocinio: (indicare tipologia di rapporto, durata e periodo, mansioni e attività svolte):

.....

Dichiaro, inoltre, di essere informato che i dati forniti saranno trattati secondo quanto previsto dal "Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR)".

(Luogo e data)

Il Dichiarante
(Firma per esteso)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, alla dichiarazione sottoscritta dall'interessato deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità del dichiarante/legale rappresentante.

Dati di contatto dell'azienda:

Nominativo:

recapito telefonico: