**ALLEGATO 1 - Modello domanda Manifestazione di interesse Soggetti Ospitanti**

**AZIONE C – I.T.I.A.**

**Azienda Consortile Agro Solidale**

**Ambito S01\_3**

**Via M. Pittoni, n.1**

**Pagani (SA)**

**agro**[**solidale@pec.it**](mailto:solidale@pec.it)

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER LA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DIRETTA ALL’INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI, SIA PUBBLICI CHE PRIVATI, PER L’ATTIVAZIONE DI TIROCINI FORMATIVI DI INCLUSIONE SOCIALE - “INTESE TERRITORIALI DI INCLUSIONE ATTIVA” (I.T.I.A.) DI CUI AL D.D. N. 191 DEL 22 GIUGNO 2018, POR CAMPANIA FSE 2014-2020 – ASSE 2 – OBIETTIVO SPECIFICO 6 – AZIONE 9.1.2 – 9.1.3 OBIETTIVO SPECIFICO AZIONI 9.2.1 E 9.2.2 – Progetto denominato “Rete Solidale” ammesso a finanziamento con DD n. 98 del 10/04/19, CUP J69D19000010006, SURF 17076AP000000001 Codice Ufficio N. 49, Beneficiario Ambito S01\_3 Azienda Consortile “Agro Solidale”, capofila dell’ATS composta dalla Cooperativa Sociale Consorzio Italia, UST CISL Salerno e Uniconsul srl.**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella sua qualità di rappresentante legale dell’ente pubblico/azienda/cooperativa/studio professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita I.V.A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_p.e.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e sede operativa in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA L’INTERESSE AD OSPITARE TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE NELL’AMBITO DEL PROGETTO RETE SOLIDALE, A TAL UOPO**

**DICHIARA**

* di essere iscritto alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso di Partita Iva n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi (DURC);
* di essere in regola con gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 626/94 e successive modificazioni in merito al piano di sicurezza e di coordinamento;
* di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità;
* **di avere nel proprio organico n. \_\_\_\_\_\_\_\_ lavoratori assunti a tempo indeterminato**;
* di non aver fatto ricorso alla CIG, a procedure di mobilità o di licenziamento collettivo o per giustificato motivo oggettivo, negli ultimi 6 mesi, per la medesima tipologia di attività;
* di rendersi disponibile ad ospitare presso una propria sede, operante sul territorio dell’Ambito S01\_3 o Comuni limitrofi, soggetti deboli sul mercato del lavoro, selezionati dall’Ufficio dell’Azienda Consortile Agro Solidale per tirocini formativi e di orientamenti.

**COMUNICA**

**che i tirocinanti saranno impegnati preferenzialmente nelle seguenti attività**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- si allega modello ALLEGATO 2-SCHEDA AZIENDE - FABBISOGNO OCCUPAZIONALE - AZIONE C datato, sottoscritto dal legale rappresentante e timbrato.

Luogo e data

Firma

(Timbro e firma del legale rappresentante)