**Allegato A**

*Al Comune di Trapani*

*IV Settore - Servizi alla Persona*

*Via Libica, 12*

*9100 TRAPANI*

**OGGETTO: Domanda di accreditamento dei soggetti che intendono operare nel territorio del Distretto Socio Sanitario n. 50** **quali *Soggetti Promotori***  ***qualificati ai fini dell’attivazione di tirocini di inclusione lavorativa, da svolgersi presso aziende ospitanti. in favore degli utenti in condizione di svantaggio sociale in carico ai servizi di assistenza sociale del Distretto Socio Sanitario 50, comune capofila Trapani, anche nell'ambito del programma PON SIA di cui all’avviso 3/2016 del ministero del lavoro e delle politiche sociali, – FSE 2014-2020 - AZIONE B.2. B.* *– CIG: 8096068EA7- CUP: I61E17000750006***

**PON INCLUSIONE**

***Progetto: n. AV3-2016-SIC\_57***

***CUP: I61E17000750006***

Il sottoscritto …………………………. nato a……………….................il……………………..…. residente in……………………via……………………………………………...nella qualità di Legale Rappresentante dell’Organismo……………………………………. ;

**ragione sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**forma giuridica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Con sede legale** in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_

tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e sede operativa** in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(***nel caso di domanda sottoscritta da un procuratore del legale rappresentante va allegata copia della relativa procura***)

**CHIEDE**

**Di essere accreditato quale *Soggetto Promotore qualificato ai fini dell’attivazione di tirocini di inclusione lavorativa, da svolgersi presso aziende ospitanti. in favore degli utenti in condizione di svantaggio sociale in carico ai servizi di assistenza sociale del Distretto Socio Sanitario 50, comune capofila Trapani, anche nell'ambito del programma PON SIA di cui all’avviso 3/2016 del ministero del lavoro e delle politiche sociali, – FSE 2014-2020 - AZIONE B.2. B.***

***Progetto: n. AV3-2016-SIC\_57***

***CUP: I61E17000750006***

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto di legge, allega le seguenti dichiarazioni prodotte ai ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 oltre che la documentazione di cui ai punti 6, 7.

1. **DICHIARAZIONE** sostitutiva ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 con la quale l’istante dichiara di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dall’art.80, del decreto legislativo 50/2016 e successive modifiche ed integrazioni, **( all. documento richiesto n. 1)**;
2. **DICHIARAZIONE** di accettazione delle clausole contenute nel protocollo Unico di legalità di cui alla Circolare n.593 del 31.01.2006 dell’Assessorato Regionale LL.PP. come da modello **(All. documento richiesto n. 2)**;
3. **DICHIARAZIONE** di accettazione di tutte le condizioni contenute nei documenti del presente avviso di accreditamento e di applicazione della normativa in materia di personale e sicurezza sui luoghi di lavoro **(All. documento richiesto n. 3);**

**NOTA BENE**

***alle dichiarazioni andranno allegate copia fotostatica leggibile, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. Nel caso in cui la firma sociale sia stabilita in maniera congiunta, la sottoscrizione deve essere effettuata da tutti i legali rappresentanti, firmatari congiunti, dell’Impresa/Società, nel quale caso le copie dei documenti di identità dovranno essere presentate per tutti i firmatari****.*

Ai sensi dell’art. 13 D.lgs 196/03, ” e s.m.i. ivi compreso il regolamento UE 2016/679 (GDPR);

si informa che i dati forniti saranno oggetto di trattamento, da parte del Comune nell’ambito delle norme vigenti, esclusivamente per le finalità connesse all’accreditamento e per l’eventuale sottoscrizione dell’accreditamento.

**Allega**

* **Documento di indentità**
* **Ricevuta di versamento del contributo ANAC**

Data

Firma