



REGIONE LAZIO
Assessorato Formazione, Ricerca, Scuola e Università
Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione
Scuola e Università, Diritto allo Studio

Attuazione del Programma Operativo della Regione Lazio Fondo Sociale Europeo
Programmazione 2014-2020

Asse I – Occupazione - Priorità di investimento 8 i) Obiettivo specifico 8.5

Asse II – Inclusione sociale e lotta alla povertà - Priorità di investimento 9.i) Obiettivo
specifico 9.2 “Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle
persone maggiormente vulnerabili”

Interventi di sostegno alla qualificazione e all'occupabilità delle risorse umane

ALLEGATO A: MODELLI

MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO

MODELLO 02 a: DICHIARAZIONE

MODELLO 02 b: DICHIARAZIONE

MODELLO 03: DICHIARAZIONE DATI POSIZIONI CONTRIBUTIVE

MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO

Il sottoscritto

nato a il

residente in via

CAP C.F.

in qualità di legale rappresentante del soggetto proponente (oppure mandatario dell'ATI/ATS costituita o costituenda composta da)

In caso di ATI/ATS costituita o costituenda riportare i dati della Capofila (Mandataria)

C. F. P. IVA

con sede legale in via

CAP

in riferimento all'Avviso Pubblico “Interventi di sostegno alla qualificazione e all'occupabilità delle risorse umane” di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.° del

CHIEDE

che la Proposta di progetto avente per Titolo:

relativa all'Azione:

| | |
|---|--------------------------|
| Azione A1 – Interventi rivolti a inoccupati e disoccupati (con rilascio attestato di frequenza) | <input type="checkbox"/> |
| Azione A2 – Interventi rivolti a inoccupati e disoccupati (con rilascio qualifica) | <input type="checkbox"/> |
| Azione B1 – Interventi per immigrati, nomadi, richiedenti asilo, persone vittime della tratta (con rilascio attestato di frequenza) | <input type="checkbox"/> |
| Azione A1 – Interventi rivolti a inoccupati e disoccupati (con rilascio qualifica) | <input type="checkbox"/> |

venga ammessa a finanziamento.

Il sottoscritto dichiara che la documentazione richiesta è all'interno dell'allegato che è composto da n.° pagine compresa la presente.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui all'Avviso pubblico sopracitato, nessuna esclusa, si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificato – PEC:

Il/la sottoscritto rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Data

Timbro e firma del legale rappresentante¹

.....

¹ Allegare fotocopia del documento di riconoscimento

MODELLO 02a: DICHIARAZIONE (ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445)

Deve essere compilata e sottoscritta dal Legale rappresentante del Proponente singolo o del Capofila (Mandatario) dell' ATI/ATS costituita o costituenda

Il sottoscritto
 nato a il
 residente in via
 CAP C.F.

in qualità di legale rappresentante del soggetto proponente (oppure mandatario dell'ATI/ATS costituita o costituenda composta da)

Riportare qui sotto i dati del Proponente oppure, in caso di ATI/ATS costituita o costituenda riportare i dati del Capofila (Mandatario)

Denominazione
 C. F. P. IVA
 con sede legale in via
 CAP
 Presentatore del progetto

A valere sull'Avviso Pubblico “Interventi di sostegno alla qualificazione e all'occupabilità delle risorse umane” di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.° del

DICHIARA

(apporre una croce all'interno della casella grigia a fianco di ciò che si intende dichiarare oppure specificare, laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente, apponendo N.A.)

- a) che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445 ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci;
- b) che nessuna attività inerente il progetto verrà conferita in subcontraenza a terzi;
- c) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965 n.° 575 (antimafia);
- d) di essere in regola con gli obblighi in materia di disciplina del lavoro dei disabili previsti dall'art. 17 della Legge n.° 68/99;
 Oppure
- e) di essere esente dagli obblighi derivanti dalla Legge n.° 68/99;
- f) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- g) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;

h) che tutte le informazioni contenute nei formulari di presentazione del progetto corrispondono al vero;

i) che Statuto e Atto Costitutivo vigenti sono già depositati presso l'Amministrazione Regionale e, segnatamente, all'interno del fascicolo relativo all'intervento: (specificare qui sotto quale intervento, indicando mese e anno di presentazione.

Qualora ciò non venisse dichiarato allegare gli stessi documenti alla proposta).

Il/la sottoscritto rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

.....

MODELLO 02b: DICHIARAZIONE (ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445) Da compilare solo nel caso di ATI/ATS, dal Componente (Mandante) dell' ATI/ATS (replicare il modello per ogni Componente)

Il sottoscritto _____
 nato a _____ il _____
 residente in _____ via _____
 CAP _____ C.F. _____

in qualità di legale rappresentante del soggetto componente (mandante) dell'ATI/ATS costituita o costituenda composta da

Riportare qui sotto i dati del soggetto componente (Mandante)

Denominazione _____
 C. F. _____ P. IVA _____
 con sede legale in _____ via _____
 CAP _____

Presentatore del progetto _____

A valere sull'Avviso Pubblico “Interventi di sostegno alla qualificazione e all'occupabilità delle risorse umane” di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.° _____ del _____

DICHIARA

(apporre una croce all'interno della casella grigia a fianco di ciò che si intende dichiarare oppure specificare, laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente, apponendo N.A.)

- a) che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445 ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci;
- b) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965 n.° 575 (antimafia)
- c) di essere in regola con gli obblighi in materia di disciplina del lavoro dei disabili previsti dall'art. 17 della Legge n.° 68/99;
 oppure
- d) di essere esente dagli obblighi derivanti dalla Legge n.° 68/99;
- e) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- f) che Statuto e Atto Costitutivo vigenti sono già depositati presso l'Amministrazione Regionale, segnatamente, all'interno del fascicolo relativo all'intervento (specificare qui sotto quale intervento, indicando mese e anno di presentazione).
 Qualora ciò non venisse dichiarato allegare gli stessi documenti alla proposta).

Data

Timbro e firma del legale
 rappresentante²

Il/la sottoscritto rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

² Allegare fotocopia del documento di riconoscimento

MODELLO 03: DICHIARAZIONE DATI POSIZIONI CONTRIBUTIVE

| | | | |
|-----------------|--|------|--|
| Il sottoscritto | | | |
| nato a | | il | |
| residente in | | via | |
| CAP | | C.F. | |

in qualità di legale rappresentante del soggetto componente dell'ATI/ATS costituita o costituenda composta da

| |
|--|
| |
|--|

Riportare qui sotto i dati del soggetto componente

| | | | |
|--------------------|--|--------|--|
| Denominazione | | | |
| C. F. | | P. IVA | |
| con sede legale in | | via | |
| CAP | | | |

DICHIARA
ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445

RAGIONE/DENOMINAZIONE SOCIALE

CCNL APPLICATO

DATI INAIL

Codice ditta _____

Posizione/i Assicurativa/e territoriale/i _____

sede Competente _____

DATI INPS

Matricola azienda _____

codice sede INPS _____

Cassa Edile

Codice ditta _____

sede Competente _____

Data

(firma del legale rappresentante)