

Direzione Regionale Formazione Professionale
FSE e altri interventi cofinanziati,
via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma

Oggetto: (INDICARE TITOLO AVVISO)

DOMANDA DI FINANZIAMENTO

A) Proponente ATI/ATS

I sottoscritti

_____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice fiscale _____

In qualità di legale rappresentante della mandatario dell'ATI/ATS
intenzionale composta da _____, avente sede legale in _____

_____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice fiscale _____

In qualità di legale rappresentante della _____ avente sede legale in _____

(aggiungere se necessario)

in riferimento all'Avviso Pubblico della Regione Lazio ".....,
(INDICARE TITOLO AVVISO) approvato con Determinazione n. _____ del
_____ (INDICARE ESTREMI DETERMINAZIONE)

CHIEDONO

Che l'ATI/ATS costituita (ovvero costituenda) dalle società _____, _____, _____ venga
ammessa al finanziamento per € _____, __ per l'intervento avente per Titolo

DICHIARANO:

- Che, qualora approvato, l'intervento verrà realizzato presso la sede: indirizzo
_____, città _____, prov. _____

- Che hanno preso visione della convezione allegata all'avviso (allegato 5) e che fin da ora ne accettano integralmente tutte le condizioni;
- Che per il medesimo intervento non sono stati richiesti altri finanziamenti nell'ambito di programmi nazionali o regionali, né altri programmi o iniziative comunitarie;
- Che i soggetti non hanno commesso violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello stato in cui è stabilito;
- Che nell'anno antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico i soggetti partecipanti non hanno reso false dichiarazioni in merito ai requisiti ed alle condizioni rilevanti per la partecipazione agli avvisi pubblici;
- Che i soggetti partecipanti non hanno commesso violazioni gravi definitivamente accertate alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello stato in cui è stabilito, e che gli stessi sono in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori e mantengono le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:
 - Mandatario:
 - INPS sede di – matr. Nr.
 - INAIL sede di – matr. Nr.
 - Mandante:
 - INPS sede di – matr. Nr.
 - INAIL sede di – matr. Nr.
- Che i soggetti non si trovano in condizione di liquidazione coatta amministrativa, fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata;
- Che hanno ottemperato alle disposizioni della legge 68/1999 sulle “norme per il diritto al lavoro dei disabili (in alternativa, che l’Impresa non è soggetta agli obblighi di cui alla legge 68/99 per il collocamento dei disabili)
- Che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

Timbro delle strutture e firma dei legali rappresentanti

(con fotocopia documento di riconoscimento)