

Allegato 1

Direzione regionale Politiche per il Lavoro
e Sistemi per l'Orientamento e la Formazione
Area Programmazione Interventi
via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma

Marca da bollo

€ 14,62

Oggetto: Avviso pubblico: "Tirocini formativi professionalizzanti".

DOMANDA DI FINANZIAMENTO DATORE DI LAVORO PRIVATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ indirizzo
_____ n. _____ Prov _____ Codice fiscale _____,
in qualità di Soggetto Proponente dell'intervento denominato _____

in riferimento all'Avviso pubblico della Regione Lazio "**Avviso pubblico Tirocini formativi professionalizzanti**", approvato con Determinazione n. _____ del _____
(INDICARE ESTREMI DETERMINAZIONE)

DICHIARA

di voler partecipare alle azioni previste dal presente Avviso, che e a tal fine sottoscriverà entro la stipula della convenzione il relativo patto di servizio con il Centro per l'Impiego che sarà allegato alla convenzione stipulata;

di voler avviare, ai sensi del paragrafo 6 dell'Avviso, n. __ tirocinio/i con destinatario/i:

Tirocinante

Cognome _____ Nome _____
 Cittadinanza _____ Sesso M F Cod.fiscale _____
 Nato/a a _____ il ___/___/___
 Residente in _____ (Prov. _____) Via _____
 n° _____, rientrante in una delle

seguenti tipologia di destinatario dell'Avviso:

- neo- diplomato;
- neo-laureato
- lavoratore svantaggiato di una delle seguenti categorie:
 - disoccupato da almeno sei mesi;
 - disoccupato che non possiede un diploma di scuola media superiore professionale (ISCED 3);
 - disoccupato che ha superato i 50 anni di età;
 - disoccupato che vive solo con una o più persone a carico;
 - disoccupato disabile riconosciuto disabile ai sensi della legge 68/99.
- lavoratori subordinati a tempo indeterminato e determinato, ammessi ai trattamenti di CIGS ai sensi della legislazione ordinaria e straordinaria o Lavoratori subordinati a tempo indeterminato iscritti nelle liste di mobilità ai sensi della legge 223/91 e della legge 236/93

Definire il percorso formativo secondo le competenze e le relative unità di competenze previste nel "Repertorio regionale delle competenze e dei profili formativi"

Al costo totale del tirocinio per il presente tirocinante, onnicomprensivo di tutte le spese pari ad € _____, __

(RIPETERE LA SEZIONE PER OGNI TIROCINANTE)

A TAL FINE CHIEDE

di essere ammesso al finanziamento totale per € _____, __ , relativo a:

scheda finanziaria riepilogativa

Voci di spesa	Costi
Macrovoce A - Risorse umane	
Macrovoce B - Spese Allievi	
Macrovoce D - Altre Spese	
Totale contributo	

DICHIARA

- che, qualora approvato, le azioni di tirocinio formativo professionalizzante saranno realizzate presso la sede: indirizzo _____, città _____, prov. _____;
- che tutte le informazioni attestanti stati, qualità personali e fatti inseriti negli allegati richiesti corrispondono a informazioni veritiere e di essere a conoscenza delle sanzioni in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 2000 e s.m.i.
- che ha preso visione della convezione rivolta ai datori di lavoro privati allegata all'avviso (allegato 4) e che fin da ora ne accetta integralmente tutte le condizioni e la firmerà per accettazione;
- che il medesimo intervento non è oggetto di altri finanziamenti di natura comunitaria, nazionale, regionale o locale;
- che non ha 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 non ha reso false dichiarazioni in merito ai requisiti ed alle condizioni rilevanti per la partecipazione agli avvisi pubblici;
- che non ha 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 è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori e mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

INPS sede di – matr. Nr.

INAIL sede di – matr. Nr.

- che non si trova in condizione di liquidazione coatta amministrativa, fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata;
- che ha 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’artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

Firma del referente dell’intervento
(con fotocopia documento di riconoscimento)