



Modulo di domanda – Allegato A

AMBITO TERRITORIALE N 25

Comune capofila Pomigliano D'arco

Ufficio Di Piano

Corso Vittorio Emanuele 181

CAP 80038 Pomigliano D'arco (Na)

PEC: [affarisociali.pomigliano@asmepec.it](mailto:affarisociali.pomigliano@asmepec.it)

## MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI OSPITANTI PER ATTIVITA' DI TIROCINIO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente n via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in

qualità di titolare/legale rappresentante di \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali - richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 - cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione a uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico dell'Ambito N25 denominato acquisizione di manifestazioni d'interesse finalizzate alla individuazione di soggetti ospitanti disponibili ad accogliere i destinatari del progetto S.V.O.L.T.E. in attività di tirocinio accettandone tutte le condizioni che il soggetto che qui manifesta interesse, di cui egli/ella è titolare/legale rappresentante:

1. avere una sede operativa nell'Ambito territoriale N25 ( Pomigliano D'Arco e Sant'Anastasia) o zone limitrofe;

2. essere in regola con la normativa di cui alla legge 68/1999 per il diritto al lavoro dei disabili e successive modificazioni;
3. essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e successive modificazioni, assicurandone l'applicazione anche ai tirocinanti ivi ospitati;
4. non deve avere procedure di CIG ( cassa integrazione) straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa, salvo il caso in cui ci siano accordi con le organizzazioni sindacali che prevedono tale possibilità;
5. Fatti salvi i licenziamenti per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali, è vietato ospitare tirocinanti per lo svolgimento di attività equivalenti a quelle del/dei lavoratore/lavoratori licenziato/licenziati nella medesima unità operativa e nei 12 mesi precedenti per i seguenti motivi:
  - a) licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
  - b) licenziamenti collettivi;
  - c) licenziamento per mancato superamento del periodo di prova;
  - d) licenziamento per fine appalto;
  - e) risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro, al termine del periodo formativo.

**DATI ANAGRAFICI DELL'ASPIRANTE SOGGETTO OSPITANTE**

**(Compilare il modulo relativamente alle informazioni pertinenti alla natura del soggetto)**

Denominazione o Ragione sociale \_\_\_\_\_

Settore di Attività \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ N° iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Luogo e data di iscrizione \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Matricola INPS \_\_\_\_\_ Codice PAT/INAIL \_\_\_\_\_

Iscritta all'Albo \_\_\_\_\_ N.° iscrizione \_\_\_\_\_

Luogo e data d'iscrizione \_\_\_\_\_

Descrizione attività principale \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

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

Indirizzo sede operativa:

via/piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Numero attuale dipendenti a tempo indeterminato \_\_\_\_\_

Alla presente si allega.

La copia di un documento d'identità del/della sottoscritto/legale rappresentante del Soggetto manifestante interesse.

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

---

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
titolare/rappresentante legale di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti dell' art. 6, comma 1, lettera e del Reg. UE 679/2016), con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto