

AL COMUNE DI S.AGATA MILITELLO

Ufficio Piano del Distretto Socio Sanitario D31

**ALLEGATO A – ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO
PROGETTO “Vita Indipendente”
“ LAVORANDO- Borse lavoro”**

Dati identificativi dell'organico

3.1.1 Soggetto Proponente			
Denominazione sociale		o	ragione
Codice CCIAA	ATECO	N.°	iscrizione
Luogo iscrizione	e	data	di
Descrizione attività			
Indirizzo legale			sede
Comune		Prov.	
C.A.P.			
Telefono		fax	
Indirizzo	sede	operativa	interessata
Comune		C.A.P.	Prov.
Telefono		fax	
P.IVA		C.F.	
Indirizzo e-mail			

Progetto esecutivo “ LAVORANDO- Borse lavoro”

Referente	
Cognome _____	e
nome _____	
Posizione _____	
Telefono _____	fax _____
Indirizzo e-mail _____	

3.1.2 TIPOLOGIA SOGGETTO
<i>Barrare la casella corrispondente</i>
<input type="checkbox"/> Micro impresa <input type="checkbox"/> Piccola impresa <input type="checkbox"/> Media impresa <input type="checkbox"/> Grande impresa

3.1.3 NUMERO DIPENDENTI
<i>Barrare la casella corrispondente</i>
<input type="checkbox"/> Compreso tra 1 e 20 <input type="checkbox"/> Superiore a 20 ed inf. A 50 <input type="checkbox"/> Superiore a 50 (n. _____)

3.1.4 PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE
3.1.5

Il soggetto proponente,

CHIEDE

di ospitare presso la propria Azienda n. _____ borsisti AMMESSI al **progetto PROGETTO**

“Vita Indipendente” “ **LAVORANDO- Borse lavoro** ”, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dal Bando emanato dal Comune di S.Agata Militello, Capifila del Distretto Socio Sanitario D31.

A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di S.Agata Militello tutte le informazioni e/o integrazione richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Luogo _____
 Firma _____

Data _____

Progetto esecutivo " LAVORANDO- Borse lavoro "

ALLEGATO B – AUTODICHIARAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

(Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt.46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a.....il.....residente
a.....via/piazza.....n.....codice

Fiscale.....,in qualità di legale rappresentante dell'impresa.....

- codice fiscale....., consapevole, delle responsabilità penali – richiamate dall'art.76 del

d.p.r. n. 445/2000 – cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ,formazione o 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 conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina l'intervento PROGETTO "Vita Indipendente"“ LAVORANDO- Borse lavoro” di cui al Bando emanato;

- che l'impresa ha sede operativa interessata ricadente nel territorio del Comune di
- che l'impresa non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che l'impresa non è ricorsa alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, straordinaria ed in deroga) nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto;
- che l'impresa è regolarmente iscritta al registro delle imprese per il settore
- di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;
- di essere titolare di Partita IVA n.....;
- che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'impresa non è Ente destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- che l'impresa è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del CCNL e del contratto di categoria, di diritto al lavoro dei disabili, nonché con il pagamento dei tributi locali;
- che l'impresa si impegna a tenere a disposizione del Comune di Capo d'Orlando ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola.

Liberatoria per il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a.....autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs. 196/03.

Data.....

FIRMA

Si allega: copia documento di riconoscimento in corso di validità.

* Dichiarare le voci che ricorrono.

Progetto esecutivo " LAVORANDO- Borse lavoro"

Oggetto: Richiesta ammissione Progetto VITA INDIPENDENTE "LAVORANDO- Borse lavoro".

Il sottoscritt _____ nat _____
a _____ il _____, residente a _____,
Via _____ n. _____ C.F. _____
Tel. _____ e mail _____
Pec _____

CHIEDE

L'ammissione Progetto VITA INDIPENDENTE "LAVORANDO- Borse lavoro".

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, andrà incontro alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e decadrà dai benefici conseguenti

DICHIARA

Di possedere i requisiti previsti ai fini dell'ammissione dall'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario in data 12.8.2015 e precisamente (**contrassegnare le caselle che interessano**) :

- Residenza nel comune di facente parte del Distretto Socio Sanitario D 31;
- Disabilità certificata;
- Età compresa tra i 18 e 64 anni;
- Stato di disoccupazione
o inoccupazione;
- Idoneità a svolgere attività lavorativa.

Di trovarsi nella seguente situazione determinante priorità/punteggio/precedenza per l' ammissione:
PRIORITA'

di vivere in affitto

ELEMENTI CHE DANNO DIRITTO ALL'ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO

Condizione familiare:

disagio familiare accertato dal servizio sociale comunale:

- persona facente parte di nucleo familiare presa in carico dal servizio sociale professionale da almeno sei mesi punti 6
- persona che vive sola punti 4

Persone a rischio di emarginazione:

- Fattori individuali di disagio certificabili (ex detenuti, persone con problemi con la giustizia, tossicodipendenti, ecc.), attestate dai servizi e dalle strutture istituzionalmente preposte (non sarà attribuito punteggio per disabilità che dà diritto all'accesso) punti 2
- Persona che non ha vita sociale attiva fuori dalla famiglia punti 2
- giovani di età tra 18 e 29 anni che non studiano o non partecipano più a un percorso di formazione (Not in Education, Employment or Training- NEET) punti 6

Presenza di minori all'interno del nucleo familiare:

- Per ogni minore presente nel nucleo familiare (max punti 10) punti 2 n. minori

Indicare il nome

Condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia:

Stato di disoccupazione o inoccupazione

- Persone inoccupate/ disoccupate * n..... - da sei a 12 mesi punti 0,50
n..... - da 12 a 24 mesi punti 1
n..... - da oltre 24 mesi punti 2

*Comprovare con idonea documentazione ed indicare il nome

Reddito percepito dal richiedente il beneficio certificato da ISEE avente valenza dall'1.1.2015

REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE	PUNTEGGIO	
Da € 0 ad € 6.000,00	8	
Da € 6.001,00 ad € 12.000,00	7	
Da € 12.001,00 ad € 18.000,00	6	
Da € 18.001,00 ad € 24.000,00	5	
Da € 24.001,00 ad € 30.000,00	4	
Da € 30.001,00 ad € 36.000,00	3	
Da € 36.001,00 ad € 42.000,00	2	
Da € 42.001,00 ad € 48.000,00	1	
Da € 48.001,00	0	

PER PRECEDENZA IN CASO DI PARITÀ DI PUNTEGGIO:

Appartenenza alle categorie previste dall'art. 1, comma 1, della Legge 12 marzo 1999, n. 68.

Anzianità di disoccupazione/inoccupazione dal

Allega:

1. Certificazione medica attestante lo status di disabilità, rilasciato dalle autorità pubbliche competenti;
2. dichiarazione di Disponibilità al lavoro presentata al Centro per l'Impiego territorialmente competente ;
3. copia Documento d'Identità in corso di validità;
4. copia del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria;
5. certificazione ISEE avente valenza dall'1.1.2015.

.....
.....
.....

....., li.....

FIRMA

.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti della legge sulla privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e ne autorizza il trattamento.

Dichiara infine di accettare le norme previste dall'avviso pubblico del distretto socio sanitario del 12.08.2015.

....., li.....

FIRMA

.....