



ALLEGATO A

Al Comune di Milazzo
Capofila del DSS 27

OGGETTO: Manifestazione di interesse all'iscrizione al Registro degli Enti di Formazione disponibili all'erogazione di servizi per la formazione (Azione B.2.c.) a favore di residenti nei comuni del territorio del DSS n.27 e appartenenti a nuclei familiari presi in carico nella misura SIA/REI/RDC, nell'ambito del programma Pon Inclusione Convenzione n. AV3- 2016-SIC_30 Codice CUP H51H1700160006

Il sottoscritto _____
 Codice fiscale _____
 nato a _____ il ____/____/_____, residente
 nel Comune di _____ (PROV. _____)
 in Via/Piazza _____ n. _____
 in qualità di legale rappresentante della _____
 con sede legale in _____ (PROV. _____)
 Via/Piazza _____ n. _____, tel. _____
 e-mail _____ PEC _____
 Partita I.V.A. _____, C. F. Ditta _____
 numero dipendenti _____, CCNL applicato _____

CHIEDE

di essere iscritto al Registro degli Enti di formazione del DSS n. 27 per l'erogazione di servizi per la formazione a favore di beneficiari SIA/REI/RDC.

A tal fine e sotto la propria responsabilità, consapevole che

- le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;
- in caso di dichiarazioni false o non più corrispondenti al vero, decadrebbe immediatamente, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dall'eventuale beneficio acquisito;

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm. ii

- di essere inseriti nell'elenco degli Enti di formazione della Regione Sicilia abilitati a proporre e realizzare interventi di formazione professionale;
- di essere abilitato a impegnare l'Organismo rappresentato;
- (solo per gli enti per i quali tale iscrizione sia prevista per legge) che la ditta è iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____ al n. _____ per i servizi di _____;



In caso di soggetto non iscritto alla C.C.I.A.A. IL Soggetto dovrà dichiarare i motivi ed i riferimenti normativi che giustificano tale mancata iscrizione: _____

- che la ditta è in possesso dell'Accreditamento alla Formazione, numero _____giusto decreto _____ sez _____
- che la ditta svolge i propri corsi nell'ambito dei Comuni afferenti al DSS 27 o che la ditta NON svolge i propri corsi nell'ambito dei Comuni afferenti al DSS 27;

di essere in possesso dei seguenti **REQUISITI**:

- A. che l'operatore economico e tutti i soggetti di cui all'art. 80, c. 3 del D. Lgs. n. 50/2016 2016 e ss.mm. e ii.) non si trova nelle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm. e ii.;
- B. che l'Operatore Economico non ha concluso contratti di lavoro o conferito incarichi professionali nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con ex dipendenti della pubblica amministrazione che hanno esercitato funzioni autoritative o negoziali per conto di pubbliche amministrazioni (ai sensi del D. Lgs. 165/2001, art. 53, comma 16 ter) di cui lo stesso operatore è stato destinatario;
- C. di impegnarsi ad attuare nei confronti dei lavoratori dipendenti occupati nei servizi oggetto del presente accreditamento condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili dalla data dell'offerta.
- D. Di essere iscritti alla Camera di Commercio per le attività oggetto dell'Accreditamento o per i soggetti non tenuti alla predetta iscrizione di avere nei propri fini istituzionali quello di operare nel settore oggetto dell'appalto, e pertanto si allega Atto costitutivo e/o statuto e/o regolamento.
- E. Dichiaro di impegnarsi a comunicare la sede operativa in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 27, entro 10 giorni dall'accREDITamento, come sede di riferimento, con indicazione dei recapiti telefonici e telematici e a mettere a disposizione dell'utenza un ufficio di segreteria, cui gli utenti potranno rivolgersi, anche telefonicamente, sia per poter ottenere immediati interventi assistenziali, che per ricevere informazioni;
- F. di avere svolto nell'ultimo triennio (2017/2018/2019) le seguenti attività formative

CORSO AUTORIZZATO CON ATTO REGIONALE (specificare tipo di atto, N° e data)	
QUALIFICA RICONOSCIUTA E DOCUMENTO RILASCIATO	
N° ORE CORSO	
SEDE DEL CORSO	
COSTO ORARIO E COMPLESSIVO	

CORSO AUTORIZZATO CON ATTO REGIONALE (specificare tipo di atto, N° e data)	
QUALIFICA RICONOSCIUTA E DOCUMENTO RILASCIATO	
N° ORE CORSO	
SEDE DEL CORSO	
COSTO ORARIO E COMPLESSIVO	

CORSO AUTORIZZATO CON ATTO REGIONALE (specificare tipo di atto, N° e data)	
QUALIFICA RICONOSCIUTA E DOCUMENTO RILASCIATO	
N° ORE CORSO	
SEDE DEL CORSO	
COSTO ORARIO E COMPLESSIVO	



Dichiara altresì:

- che la Ditta _____ ha preso cognizione e accetta, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso per l'iscrizione al Registro degli Enti di formazione dell'Ambito Territoriale DSS n.27 e in tutti i documenti ad esso allegati, con particolare riferimento alle Linee guida per l'Accreditamento degli operatori per l'erogazione di servizi per la formazione (allegato D) e al Patto di Accreditamento (allegato B);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Milazzo, ente capofila del DSS n.27, ogni eventuale variazione di dati/informazioni;
- di obbligarsi ad eseguire i servizi al prezzo indicato, riconosciuto come remunerativo e compensativo;
- che l'erogazione dei servizi oggetto delle Linee guida rientra nelle proprie finalità statutarie;
- che l'impresa possiede le autorizzazioni e abilitazioni sanitarie-amministrative ecc. necessarie per l'esercizio delle attività e il regolare funzionamento del servizio;
- di essere in possesso della certificazione di qualità _____ (specificare);
- di osservare le norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro (D. Lgs. n. 81/2008) nonché il rispetto di tutti gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci;
- di garantire che la determinazione dei costi a base dei servizi di cui si tratta tiene conto correttamente del costo del lavoro con riferimento ai contratti collettivi di categoria e dei relativi accordi integrativi in vigore nei confronti di tutti i propri lavoratori;
- che si impegna, nel caso in cui venga scelto dal privato beneficiario del voucher, ad attivare il corso formativo prescelto;
- di aver preso visione dell'informativa di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e di prestare sin d'ora, il proprio consenso per il trattamento dei dati secondo quanto indicato nella menzionata informativa.

_____, li _____
Luogo data

IL DICHIARANTE

(timbro e firma leggibile del legale rappresentante)

Avvertenza, allegare:

- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante ai sensi del DPR 445/2000;
- Protocollo di legalità, sottoscritto dal rappresentante legale, per accettazione (allegato C);
- Carta dei Servizi dell'Ente corredata da offerta formativa Programma del/i corso/i e relative informazioni.