



**PROGRAMMA S.V.O.L.T.E.  
P.O.R. Campania FSE 2014 - 2020**

**Superare la Violenza con Orientamento, Lavoro, Trocini, Esperienze Formative**

**Modello di Domanda – Allegato A  
Ambito Territoriale N 19  
Comune di Afragola - Ufficio di Piano  
Via Don Luigi Sturzo n. 12 – 80021 Afragola Na  
pec: [politichesociali@pec.comune.afragola.na.it](mailto:politichesociali@pec.comune.afragola.na.it)**

**Manifestazioni di Interesse finalizzate alla individuazione di Soggetti Ospitanti  
Attività di Tirocinio -**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

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

Qualità di Titolare/Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del DPR N. 445/2000 cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazioni a uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

**dichiara**

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico dell'Ambito territoriale N 19 per l'individuazione di Soggetti ospitanti disponibili ad accogliere i destinatari del Programma S.V.O.L.T.E. ovvero Tirocini Formativi della durata di 12 mesi per donne accettandone tutte le condizioni che il Soggetto che qui manifesta interesse di cui egli/ella è titolare e/o Legale Rappresentante.

Dichiara, inoltre, di:

- Avere una sede operativa nell'Ambito Territoriale N 19 (Afragola -Caivano – Cardito – Crispano) e/o zone limitrofe - iscritti alla Camera di Commercio da almeno 6 mesi;



- Essere in regola con la normativa di cui alla Legge 68/1999 per il diritto al lavoro dei disabili e successive modificazioni e di avere il D.U.R.C. regolare alla data della pubblicazione della Manifestazione di Interesse;
- Essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii., assicurandone applicazione anche ai tirocini ivi ospitati;
- Non 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;
- 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:
  - Licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
  - Licenziamenti collettivi;
  - Licenziamento per mancato superamento del periodo di prova;
  - Licenziamento per fine appalto;
  - 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 Attività	
Codice Ateco	
N. iscrizione CCIAA Luogo di Iscrizione	
Codice Fiscale	
P. IVA	
Matricola INPS	
Codice PAT/INAIL	
Iscritta all'albo Num. Iscrizione	
Luogo e data di iscrizione	
Indirizzo Sede Legale Comune – Telefono -	
Numero Dipendenti Tempo Indeterminato	
Indirizzo Sede Operativa Comune - Indirizzo	



Alla presente si allegata:

1. Relazione del Soggetto che manifesta interesse relativo alle attività svolte e dalla quale, contestualmente, si evinca la tipologia della formazione che le tirocinanti dovranno avere onde strutturare un progetto individualizzato funzionale all'attività del Soggetto stesso;
2. Copia del Documento di riconoscimento del Legale Rappresentante.

### Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Titolare/Rappresentante Legale dell'Ente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E- mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Acconsente – ai sensi e per gli effetti degli artt.13 e 23 del D. Lgs N. 196/2003 - con la sottoscrizione del presente Modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui l'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto.