

REGIONE ABRUZZO

Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali



Regione Abruzzo

REGIONE ABRUZZO

Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali

PON IOG

PIANO DI ATTUAZIONE ITALIANO DELLA GARANZIA PER I GIOVANI

Piano di attuazione regionale

REGIONE ABRUZZO

Annualità 2014-2015

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'INSERIMENTO

NEL CATALOGO DEGLI OPERATORI ACCREDITATI AUTORIZZATI

Il sottoscritto _____
 nato a _____ il _____ in qualità di legale
 rappresentante dell'APL/ODF denominata/o _____ (ragione
 sociale) _____ con sede legale
 in _____ via _____ n. _____ e sede operativa
 in _____ via _____ n. _____
 C.F.: _____ e partita IVA _____:

CHIEDE

di essere inserito nel Catalogo degli operatori accreditati autorizzati.

A tal fine

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 della medesima disposizione normativa, in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi:

a)

- di essere accreditato per l'erogazione dei servizi per il lavoro, ai sensi della la DGR n. 1057 del 29 dicembre 2010 e ss. mm. e ii., per le seguenti sedi operative:

| Denominazione | Estremi provv. di accreditamento | Sede operativa (indirizzo completo) | Recapito telefonico o indirizzo mail |
|---------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | | | |

(n.b.: aggiungere un rigo per ciascuna delle sedi operative accreditate)

ovvero

- di essere accreditato per l'erogazione di attività di formazione e di orientamento, ai sensi della la DGR n. 363 del 20 luglio 2009 e ss. mm. e ii., per le seguenti sedi operative:

| Denominazione | Estremi provv. di accreditamento | Sede operativa (indirizzo completo) | Recapito telefonico o indirizzo mail |
|---------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | | | |

(n.b.: aggiungere un rigo per ciascuna delle sedi operative accreditate)

b) di non presentare la propria candidatura anche come componente di una ATS;

c) di essere interessato all'erogazione dei servizi connessi all'attuazione delle seguenti misure previste nel Piano Esecutivo Regionale (barrare la/le misura/e per cui si è interessati):

- Orientamento specialistico o di II livello
- Formazione mirata all'inserimento lavorativo
- Reinserimento di giovani 15-18enni in percorsi formativi
- Accompagnamento al lavoro
- Apprendistato per la qualifica e per il diploma professionale
- Apprendistato per l'alta formazione e la ricerca
- Tirocinio extra-curriculare, anche in mobilità geografica
- Mobilità professionale transnazionale e territoriale

d) di impegnarsi ad attivare, in ognuna delle proprie sedi accreditate, uno Youth Corner, come definito all'art. 4, comma 7, dell'Avviso;

e) di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni di cui all'Avviso pubblico.

Alla presente allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data _____

Firma del legale rappresentante

.....