

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

REGIONE ABRUZZO

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

Il sottoscritto _____
 nato a _____ il _____ in
 qualità di legale rappresentante di _____ con sede
 legale in via _____ n. ____ e
 sede operativa in via _____ n. _____
 C.F. _____ 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 capofila dell'Associazione Temporanea di Scopo (ATS) costituita con atto Rep. n. _____ stipulato presso lo studio notarile _____, sito in _____, il giorno _____ e registrato a _____, al n. _____, in data _____, ed avente la seguente composizione:

1) Denominazione (ragione sociale) _____, con sede in _____, Via _____ n. _____ CF/P.IVA _____;

2) (...) replicare per ogni componente;

b)

che il/i componente/i dell'ATS è/sono accreditati 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 la/le seguente/i sede/i operativa/e:

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 e replicare la tabella per ogni componente)

che il/i componente/i dell'ATS è/sono accreditati per le attività di formazione e di orientamento, ai sensi della DGR n. 363 del 20 luglio 2009, per la/le seguente/i sede/i operativa/e:

REGIONE ABRUZZO

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

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

c) che l'ATS è interessata 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 la seguente documentazione:

- 1)** copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità, del legale rappresentante della capofila;
- 2)** copia dell'atto di costituzione dell'ATS.

Data _____

Firma del legale rappresentante
della capofila

.....