

**REGIONE ABRUZZO**

*Dipartimento Politiche del lavoro, dell'Istruzione, della Ricerca, dell'Università*



**Regione Abruzzo**

**REGIONE ABRUZZO**

*Dipartimento Politiche del lavoro, dell'Istruzione, della Ricerca, dell'Università*

**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 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:

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

**c)** che l'ATS è interessata, esclusivamente in riferimento alle misure per le quali i singoli componenti sono indicati come soggetti attuatori nel piano esecutivo regionale, approvato con DGR n.472 del 15.07.2014, all'erogazione dei seguenti servizi<sup>1</sup>:

- 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

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> È possibile barrare esclusivamente una o più delle misure per le quali i singoli componenti dell'ATS sono indicati come attori coinvolti, nell'ambito delle specifiche previsioni del piano esecutivo regionale, approvato con DGR n.472 del 15.07.2014