

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2



FORMAZIONE
LAVORO
CONSULENZA

DICHIARA

DATI ANAGRAFICI DELL'ASPIRANTE SOGGETTO OSPITANTE (compilare il modulo relativamente alle informazioni pertinenti alla natura del soggetto)

Denominazione o Ragione sociale _____

Natura giuridica _____ Settore di attività _____

Codice ATECO _____ N° iscrizione CCIAA _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Codice fiscale _____ P. IVA _____

Iscritta all'Albo _____ N° iscrizione _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Descrizione attività principale _____

Indirizzo sede legale via _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ indirizzo email _____

Indirizzo sede operativa in Territorio Piano di Zona S4 (o comune limitrofo):

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ indirizzo email _____

Numero attuale dipendenti nell'unità operativa: _____

Indirizzo (*altra eventuale*) sede operativa in Territorio Piano di Zona S4:

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ indirizzo email _____

Numero attuale dipendenti nell'unità operativa: _____

DICHIARA

- di avere una sede operativa nell'Ambito Territoriale S04_2, nonché nei Comuni limitrofi allo stesso, afferenti ad Ambiti Territoriali diversi;
- di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2



FORMAZIONE
LAVORO
CONSULENZA

- successive modificazioni, assicurandone l'applicazione anche ai tirocinanti ivi ospitati;
- di essere in regola con la normativa di cui alla legge n. 68/1999 per il diritto al lavoro dei disabili e successive modificazioni;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi (DURC) alla data di presentazione della domanda e per tutta la durata dell'inserimento socio-lavorativo;
- di trovarsi nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposti a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- l'assenza di condanne penali ostative;
- la disponibilità a garantire un ambiente formativo idoneo e la presenza di un tutor aziendale;
- di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____ (per i soggetti tenuti alla iscrizione);
- di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e successive modificazioni, assicurandone l'applicazione anche ai tirocinanti ivi ospitati;
- di avere nel proprio organico n. _____ lavoratori, di cui n. _____ con contratto a tempo indeterminato, n. _____ con contratto a tempo determinato, n. _____ (altre forme contrattuali);
- di applicare il seguente CCNL _____ nell'ambito della propria azienda;
- di non aver fatto ricorso a procedure di Cassa Integrazione Guadagni (CIG) 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, a procedure di mobilità o di licenziamento collettivo o per giustificato motivo oggettivo, negli ultimi 12 mesi per la medesima tipologia di attività;
- di rendersi disponibile ad ospitare presso una propria sede, operante sul territorio dell'Ambito S04_2 o Comuni limitrofi n. _____ tirocini di inclusione sociale.

Si allega:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del Legale Rappresentante sottoscrittore;
2. Visura Camerale aggiornata (per gli enti tenuti alla iscrizione alla C.C.I.A.A.);
3. Atto Costitutivo e Statuto (in caso di E.T.S.).
4. Allegato B: Dichiarazione di disponibilità e scheda fabbisogno;
5. Allegato C: Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati.

Luogo e data

Firma



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2



FORMAZIONE
LAVORO
CONSULENZA

**ALLEGATO B – Dichiarazione disponibilità e Scheda Fabbisogno
AZIONE C – Campania Welfare**

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI OSPITANTI I BENEFICIARI DEI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE NELL'AMBITO DELL'ATTUAZIONE DELL'AZIONE C) "ATTIVAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE LAVORATIVA DI PERSONE MAGGIORMENTE VULNERABILI E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ".

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ AD OSPITARE I DESTINATARI DEI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE E DI GARANTIRE IL SUPPORTO FORMATIVO E COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI FABBISOGNO.

**AVVISO CAMPANIA WELFARE
CENTRO TERRITORIALE DI INCLUSIONE DEI PICENTINI DELL'AMBITO S04_2
CUP F11F24000670009**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____ nella sua qualità di Rap-
presentante Legale dell'Ente _____

DICHIARA

ai sensi del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

- di essere disponibile ad ospitare i destinatari dei tirocini di inclusione sociale, individuati nell'ambito del Programma "Campania Welfare", in qualità di soggetto ospitante;
- di essere consapevole che trattasi di tirocini di inclusione sociale, rivolti a soggetti fragili o svantaggiati, finalizzati al potenziamento dell'autonomia e alla promozione dell'occupabilità;
- di garantire un ambiente formativo idoneo, nel rispetto della normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- di assicurare la presenza di un tutor aziendale dedicato, con esperienza e competenze adeguate alla funzione di affiancamento e accompagnamento del tirocinante;
- di impegnarsi a collaborare alla definizione e attuazione del progetto formativo personalizzato, in raccordo con il soggetto promotore ed i servizi sociali/sanitari coinvolti;
- di essere informato che, ai fini della selezione e attivazione, verrà rispettato l'ordine di priorità previsto dall'avviso pubblico;
- di accettare che l'abbinamento con il tirocinante avverrà in base al principio di coerenza tra profilo professionale/sociale e contesto aziendale, nonché nel rispetto del principio di territorialità;
- di essere consapevole che i tirocini non costituiscono rapporto di lavoro.

Luogo e data

Firma



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2



FORMAZIONE
LAVORO
CONSULENZA

**ALLEGATO B – Dichiarazione disponibilità e Scheda Fabbisogno
AZIONE C – Campania Welfare**

Scheda Fabbisogno

INFORMAZIONI PER ATTIVAZIONE TIROCINI INCLUSIONE

– DATI SEDE LEGALE

| | |
|---|--|
| Ragione sociale | |
| Forma giuridica | |
| Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia e CAP) | |
| P.IVA/ C.F. | |
| Iscrizione CCIAA n. | |
| Codice/i ATECO: | |
| e-mail | |
| PEC | |
| Telefono | |

**– DATI SEDE OPERATIVA SE DIVERSI DA QUELLI DELLA SEDE LEGALE DOVE UBI-
CARE IL TIROCINANTE**

| | |
|---|--|
| Indirizzo sede Legale (Via, città, provincia, CAP) | |
| e-mail | |
| Telefono | |
| Posizione INAIL | |
| Polizza RC a copertura di tirocini (eventuale, attivabile anche in prossimità dell'avvio del tirocinio) | |



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2



FORMAZIONE
LAVORO
CONSULENZA

**ALLEGATO B – Dichiarazione disponibilità e Scheda Fabbisogno
AZIONE C – Campania Welfare**

– PROFILO PROFESSIONALE RICHIESTO

| | |
|---|--|
| Indicare quale Tipologia di Profilo professionale si richiede | |
| Principali Mansioni | |

– ORARIO DI SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO IPOTETICO (MAX 25 ORE)

| Giorno | dalle ore | alle ore | dalle ore | alle ore |
|---------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Lunedì | | | | |
| Martedì | | | | |
| Mercoledì | | | | |
| Giovedì | | | | |
| Venerdì | | | | |
| Sabato | | | | |
| Domenica | | | | |

In caso di orario continuato, occorre prevedere per il tirocinante una pausa pranzo di almeno un'ora.

| Tutor Soggetto Ospitante | |
|---------------------------------|--|
| Nome e cognome | |
| C.F. | |
| Profilo Aziendale | |
| Contratto | |

Luogo e data

Firma



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2



FORMAZIONE
LAVORO
CONSULENZA

**ALLEGATO C – Informativa Privacy_Man. Interesse Soggetti Ospitanti
AZIONE C – Campania Welfare**

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Pontecagnano Faiano che lei potrà contattare che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 089/93.05.398 Indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.pontecagnanofaiano.sa.it

e-mail: maioriello@comunepontecagnanofaiano.sa.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica:

rpd@comune.pontecagnanofaiano.sa.it.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

il/la sottoscritto/a _____,

nato a _____, il _____

in qualità di Rappresentante Legale dell'Ente _____

esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito indicata, al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali e della organizzazione rappresentata per tutte le finalità indicate nella presente informativa

FORNISCE IL CONSENSO ☐

NON FORNISCE IL CONSENSO ☐

Luogo e data _____

Firma _____