Modulo di domanda – Allegato A

All’Ambito Territoriale S02

Comune Capofila Cava de’Tirreni

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE**

**FINALIZZATA ALLA COSTITUZIONE DI UN PARTENARIATO PER LA CO-PROGETTAZIONE E LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DALL’AVVISO REGIONALE “CAMPANIA WELFARE” emanato in attuazione del PR CAMPANIA FSE+ 2021/2027 - Priorità 3 Inclusione Sociale - Obiettivo Specifico ESO 4.8 - Azione 3.h.2 - campo di intervento n. 153 “Percorsi di integrazione e reinserimento nel mondo del lavoro per i soggetti svantaggiati” in favore degli Ambiti territoriali della Campania.**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a ( ) il / / C.F.

residente in (cap ) Via/Piazza n.

in qualità di legale rappresentante di

# MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

alla costituzione di un partenariato di progetto con Ambito Territoriale S02 Comune Capofila Cava de’Tirreni , per la co-progettazione e la realizzazione degli interventi previsti dall’Avviso regionale “**Campania Welfare**”. A tal fine**, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,**  informato che le dichiarazioni false, l’indicazione di dati non corrispondenti al vero e l’uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), **sotto la propria responsabilità,**

**DICHIARA**

*compilare la scheda sottostante per la propria categoria.*

*Nel caso in cui lo stesso soggetto intenda ricoprire più ruoli all’interno del partenariato (come promotore di tirocini, come erogatore di percorsi di formativi e come ente del terzo settore) ripetere le informazioni di seguito richieste.*

# Terzo Settore

*(Ai sensi del D.lgs 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo Settore”, art. 3 dell’Avviso)*

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa | Città |
| Via e n. civico |
| CAP |
| Telefono sede operativa |  |
| Indirizzo PEC |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  |

# Soggetto erogatore DI percorsi formativi e/o servizi di sostegno orientativo *(accreditato ai sensi della DGR n.136/2022)*

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa | Città |
| Via e n. civico |
| CAP |
| Telefono sede operativa |  |
| Indirizzo PEC |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  |
| Codice di accreditamento  (barrare la tipologia di accreditamento) | percorsi formativi, rif.  servizi di sostegno orientativo, rif. |

# SOGGETTO PROMOTORE DI TIROCINI

# *(Ai sensi dell’art. 25, reg. regionale 2 aprile 2010, n. 9 e ss.mm.ii., art.3 dell’Avviso)*

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa | Città |
| Via e n. civico |
| CAP |
| Telefono sede operativa |  |
| Indirizzo PEC |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  |

# PER L’ACCORDO di rete territoriale

# Istituti Scolastici

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa | Città |
| Via e n. civico |
| CAP |
| Telefono sede operativa |  |
| Indirizzo PEC |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  |

**Sindacati dei lavoratori**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione |  | |
| Natura giuridica |  | |
| Indirizzo sede legale |  | |
| Indirizzo sede operativa | Città |  |
| Via e n. civico |  |
| CAP | |
| Telefono sede operativa |  | |
| Indirizzo PEC |  | |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  | |

**Associazioni datoriali di categoria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione |  | |
| Natura giuridica |  | |
| Indirizzo sede legale |  | |
| Indirizzo sede operativa | Città |  |
| Via e n. civico |  |
| CAP | |
| Telefono sede operativa |  | |
| Indirizzo PEC |  | |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  | |
| Cognome e nome del Legale Rappresentante |  | |

**DICHIARA,** inoltre,

di non essere incorso, all’atto della presentazione della domanda:

* nelle situazioni di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del d.lgs. n.36/2023 e s.m.i. analogicamente richiamati. In caso di partecipazione in forma aggregata costituita o costituenda i requisiti sopra indicati dovranno essere posseduti da tutti i componenti e s.m.i.;
* in procedimenti pendenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3, della legge n. 1423/1956 e s.m.i. o di una o più cause ostative previste dall'art. 10, della legge n. 575/1965 e s.m.i;
* in una delle cause di decadenza, divieto o sospensione di cui all’art. 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, e dei tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all’art. 4, del d.lgs. 8 agosto 1994, n. 490;
* in sentenze di condanna passata in giudicato, o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 c.p.p., per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, o condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18;
* in violazioni del divieto di intestazione fiduciaria posto dall'art. 17, della legge del 19 marzo 1990, n. 55;
* in gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza ed di ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio;
* in gravi negligenze o di azioni in malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dall'Amministrazione; di errori gravi nell'esercizio della propria attività professionale, accertato con qualsiasi mezzo di prova da parte dell'Amministrazione;
* in violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito;
* in false dichiarazioni nell'anno antecedente la data di pubblicazione dell'Avviso in merito ai requisiti e alle condizioni rilevanti per la partecipazione alle procedure di gara e di selezione per l'assegnazione di contributi, né per l'affidamento dei subappalti, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio;
* in gravi negligenze o malafede nell'esecuzione di prestazioni professionali derivanti da procedure di gara finanziate con fondi comunitari e/o nazionali;
* in violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali ed assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui è stabilito;
* in sanzioni interdittive di cui all'art. 9, comma 2, lett. c), del d.lgs. n. 231/2001 e s.m.i., o di altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del d.l. 4 luglio 2006, n.223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248;

Dichiara, inoltre:

* di aver preso visione dei contenuti dell'avviso regionale *“CAMPANIA WELFARE****”****,* delle Linee guida per la gestione e per la rendicontazione dei progetti, nonché di accettare, in ogni sua parte, la manifestazione di interesse pubblicata da questo Ambito;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e del regolamento UE n. 679/2016 sulla protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla

denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla fase di co- progettazione

* di designare quale persona incaricata a partecipare alle attività di co-progettazione

il/la:

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ruolo/incarico nell’organizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica

n. telefonico .

# Allega

**Allegato B) Dichiarazione di impegno a costituirsi in ATS;**

**Allegato C) Schema proposta progettuale,** secondo gli allegati (C1 C2 e C3) a seconda dell’azione oggetto di candidatura;

**Dichiarazione di affidabilità,** redatta secondo il modello proposto dall’avviso regionale “Campania Welfare”;

**Curriculum vitae** persona/e incaricata/e per la fase di coprogettazione, formato Europass, max 5 p.p.;

**Piano dei costi,** secondo lo schema proposto dall’avviso regionale “Campania Welfare”.

# Luogo e data Firma del Rappresentante Legale