**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’INDIVIDUAZIONE DI UN OPERATORE PRIVATO ACCREDITATO PER IL SUPPORTO ALL’ENTE NELLA REALIZZAZIONE DELLE MISURE CONNESSE AL PROGRAMMA “GARANZIA DI OCCUPABILITÀ DEI LAVORATORI”. SCHEMA DI DOMANDA**

Al Comune di Apollosa

Mail:[apollosa@pec.cstsannio.it](mailto:apollosa@pec.cstsannio.it)

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella qualità di Legale Rappresentante dell’Impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ragione Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Partita Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo Sede Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune Sede Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia Sede Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo Sede Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune Sede Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia Sede Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_

Contatti: Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver preso visione dell’Avviso pubblico di manifestazione di interesse al fine di supportare il Comune di Apollosa nella realizzazione delle misure connesse al Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori - GOL” e a tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi nonché della sanzione amministrativa della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

 di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;

 di godere dei diritti civili e politici e che non esistono motivi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

 di non trovarsi in una delle ipotesi di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i (Codice degli appalti);

Di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità prescritti dal citato Avviso, nonché di impegnarsi a mantenerli per tutta la durata delle attività, comunicando tempestivamente qualsiasi eventuale variazione in relazione al possesso dei medesimi;

Di conoscere e di accettare integralmente i contenuti dell’Avviso;

di essere accreditato al Programma GOL alla data di pubblicazione del presente Avviso;

di essere accreditato all’Albo Informatico - quali agenzie di intermediazione - presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali da almeno 5 anni;

di essere accreditato ai sensi della DGR 242/2013 e iscritto nella sezione C dell’elenco degli operatori dei servizi per il lavoro accreditati dalla Regione Campania da almeno 5 anni;

**ALLEGA**:

* Domanda di partecipazione, riportante i dati anagrafici ed aziendali del proponente, sottoscritta digitalmente e con allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante del soggetto candidato;
* Dichiarazione di non trovarsi nelle condizioni previste dagli artt.94 e 95 del D.lgs n. 36/2023;
* Copia dello statuto e dell’atto costitutivo dell’operatore se non iscritto al Registro Imprese della CCIAA competente per territorio;
* Visura Camerale aggiornata dell’operatore privato, nel caso sia iscritto al Registro Imprese
* Cv dettagliato dell’operatore candidato corredato da eventuali certificazioni e/o accreditamenti.
* Eventuali iscrizioni ad Albi e/o Registri regionali e/o nazionale relativi alla formazione ed erogazione di servizi socio-assistenziali a favore di soggetti fragili/svantaggiati, ulteriori rispetto a quelli connessi alla mediazione del lavoro;
* Eventuali tirocini extra-curriculari e/o di inclusione sociale attivati a favore di soggetti svantaggiati nell’ambito di fondi pubblici;
* Presenza di sedi operative sul territorio regionale a dimostrazione del radicamento regionale.

Il sottoscritto in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento dei dati nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_