*Modulo di domanda – Allegato A*

**AZIENDA SPECIALE SELE INCLUSIONE**

**Ambito territoriale S3 ex S5**

**via Matteo Ripa, 49**

**CAP 84025, Eboli (SA)**

**MANIFESTAZIONI DI INTERESSE FINALIZZATE ALLA COSTITUZIONE DI UN PARTENARIATO PER LA CO-PROGETTAZIONE E LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DAL BANDO 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 intervento n. 153 – “Percorsi di integrazione e reinserimento nel mondo del lavoro per i soggetti svantaggiati”***

 Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 in qualità di legale rappresentante della/del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

alla costituzione di un partenariato di progetto con l’Azienda Speciale Sele Inclusione (A.S.S.I.) - Ambito Territoriale S3 ex S5 - per la co-progettazione e la realizzazione degli interventi previsti dall’Avviso pubblico regionale “Campania Welfare”, approvato con Decreto Dirigenziale n. 1007 del 24/10/2024, pubblicato sul BURC n. 73 del 28/10/2024.

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**

− di avere sede operativa in Regione Campania;

− di ricadere nella seguente tipologia di soggetti: (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 empowerment e come ente del terzo settore - ripetere le informazioni di seguito richieste.*

**ENTE 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 |  |
| Telefono sede operativa |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| RUNTS | Iscrizione n. dal |
| Numero iscrizione al vigente registro regionale o nazionale di riferimento. | Registro Nazionale n.:Registro Regionale n.: |

**Soggetto promotore dei tirocini**

*(Ai sensi dell’art. 2, Regolamento regionale del 7 maggio 2018, n. 4, art. 3 dell’Avviso)*

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa |  |
| Telefono sede operativa |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo PEC |  |

**Soggetto erogatore dei servizi di empowerment: percorsi formativi e/o servizi di sostegno orientativo** *(accreditato ai sensi della DGR n. 136 del 22/03/2022)*

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa |  |
| Telefono sede operativa |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo PEC |  |
| È in regola con l’accreditamento*(barrare la tipologia di accreditamento)* | percorsi formativi, rif……………….servizi di sostegno orientativo, rif………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Istituto Scolastico**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa |  |
| Telefono sede operativa |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo PEC |  |

**Organizzazione Sindacale**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa |  |
| Telefono sede operativa |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo PEC |  |

**Associazione datoriale di categoria**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Natura giuridica |  |
| Indirizzo sede legale |  |
| Indirizzo sede operativa |  |
| Telefono sede operativa |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo PEC |  |

− che nei propri confronti non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l’incapacità a contrattare con la P.A.;

− di non avere procedimenti in corso ai sensi dell’art. 416/bis del Codice penale;

− che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all’art. 67 del D. Lgs. N. 159/2011 e ss.mm.ii;

− che non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero non ha in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell’ultimo triennio;

− di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato, ovvero sono esenti dall’obbligo di iscrizione all’INPS/INAIL indicando la motivazione;

− di essere in regola con gli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili;

 − di non aver messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna” così come integrato dal D. Lgs. 14 settembre, n. 151, ai sensi dell’articolo ϲ della legge 28 novembre 2005 n. 246.

**DICHIARA**, ancora, (*mettere una X alla voce che interessa e depennare quelle non applicabili*):

 □ che è regolarmente iscritto alla CCIAA di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al n. \_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ che non è tenuto all’iscrizione alla CCIAA;

□ di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato;

 □ che è esente dall’obbligo di iscrizione all’INPS/INAIL per la seguente motivazione: ………….. ……………………………………………………………………………………………………..

**DICHIARA**, altresì:

− 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 codesto Ambito Territoriale;

− 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

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

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

 qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**, infine,

*(per i soli soggetti di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 5 della manifestazione di interesse)*:

− di aver realizzato, nel triennio precedente alla data di pubblicazione del presente avviso, progetti/servizi ricadenti in una delle Azioni previste dall'avviso regionale “Campania Welfare”.

Qualora lo stesso soggetto, intenda ricoprire più ruoli all’interno del partenariato, dovrà dimostrare di aver realizzato nel triennio precedente alla data di pubblicazione del presente avviso, progetti/servizi in ognuna delle azioni per le quali intende partecipare. Tale requisito sarà comprovato con un curriculum da produrre ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;

− di avere almeno una sede operativa nel territorio di competenza dell’Ambito S3 ex S5.

 Luogo e data

Firma del Legale rappresentante

*Allega:*

 − proposta progettuale (per i soggetti di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 5 della manifestazione di interesse; curriculum soggetto partecipante;

 − curriculum persona incaricata di partecipare alle attività di co-progettazione e di realizzazione del progetto;

− dichiarazione di impegno;

 − fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.