Documento richiesto n. 3

*Al Comune di Corleone*

*Area 5 Sociale*

*Piazza Garibaldi, 1*

*90034 Corleone (Pa)*

***Avviso pubblico di accreditamento dei soggetti che intendono operare nel territorio del Distretto Socio Sanitario n. 40 quali Soggetti Promotori*** ***qualificati ai fini dell’attivazione di tirocini di inclusione lavorativa, da svolgersi presso aziende ospitanti. in favore degli utenti in condizione di svantaggio sociale in carico ai servizi di assistenza sociale del Distretto Socio Sanitario 40, comune capofila Corleone, ambito del programma PON SIA di cui all’avviso 3/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, – FSE 2014-2020 - AZIONE B.2.a.***

***Progetto: n. AV3-2016-SIC\_46***

***CUP:* G61H18000130001**

Il/i sottoscritto/i:

Sig. ..............................................., nato a ....................................., in data .............................. e domiciliato agli effetti del presente atto in ...................................., in qualità di legale rappresentante della ................................................................, con sede in ......................................, Via ..................................., iscritta al registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di ............................., al n. ..........., partecipante [- quale impresa ………………………. del costituendo R.T.I. con la …………….. e con la …………………..…….. -] all’avviso pubblico di accreditamento per servizi ***tirocini di inclusione lavorativa, da svolgersi presso aziende ospitanti. in favore degli utenti in condizione di svantaggio sociale in carico ai servizi di assistenza sociale del Distretto Socio Sanitario 40, comune capofila Corleone, anche nell'ambito del programma PON SIA di cui all’avviso 3/2016 del ministero del lavoro e delle politiche sociali, – FSE 2014-2020 - AZIONE B.2. a.***

Sig. ..............................................., nato a ....................................., in data .............................. e domiciliato agli effetti del presente atto in ...................................., in qualità di legale rappresentante della ................................................................, con sede in ......................................, Via ..................................., iscritta al registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di ............................., al n. ..........., partecipante [- quale impresa ………………………. del costituendo R.T.I. con la …………….. e con la …………………..…….. -] all’avviso pubblico di accreditamento per servizi ***tirocini di inclusione lavorativa, da svolgersi presso aziende ospitanti. in favore degli utenti in condizione di svantaggio sociale in carico ai servizi di assistenza sociale del Distretto Socio Sanitario 40, comune capofila Corleone, anche nell'ambito del programma PON SIA di cui all’avviso 3/2016 del ministero del lavoro e delle politiche sociali, – FSE 2014-2020 - AZIONE B.2. a.***

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

redatta ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, con la quale il Legale Rappresentante del soggetto richiedente, previa ammonizione di cui all’articolo 76 del citato decreto, assumendosene la piena responsabilità, dichiara:

1) di avere preso visione delle norme del presente bando di accreditamento e di accettare incondizionatamente le prescrizioni in essi contenute;

2) di possedere, quale requisito di qualità ed elemento minimale ed indefettibile per l’iscrizione nell’Albo, struttura organizzativa idonea, adeguata e funzionale al servizio da espletare;

3) di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi della legge n. 68/99, impegnandosi altresì al pieno al rispetto delle stesse;

4) l’impegno a dotarsi di operatori che abbiano le qualifiche professionali richieste e siano in possesso di esperienza ed opportuna formazione riferita alla tipologia dei soggetti da assistere;

5) l’impegno a rispettare, per tutti gli addetti al servizio, gli standard di trattamento salariale e normativo previsto dai CCNL di settore o dalle tariffe professionali per gli incarichi e da altre norme che disciplinano i rapporti di lavoro;

6) l’impegno ad osservare le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro;

7) l’impegno a garantire la copertura assicurativa e previdenziale degli operatori in dipendenza del servizio prestato, esonerando l’A.C. da ogni responsabilità;

8) l’impegno a realizzare i servizi nel rispetto delle indicazioni e delle normative di settore;

9) l’impegno ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall’art. 3 della Legge 13/08/2010 n. 136 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi al servizio nell’ipotesi di affidamento dello stesso, prendendo atto che, nell’ipotesi di non assolvimento dei detti obblighi, il contratto si risolverà di diritto ai sensi dell’art. 3, comma 8, della suddetta Legge n. 136/2010;

10) di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme, disposizioni ed obblighi contenuti nello schema di “Patto di accreditamento” (allegato B), dichiarando di averne preso visione, nonché di impegnarsi, nell’ipotesi di esito positivo della procedura di accreditamento per il servizio, alla relativa sottoscrizione;

11) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

12) di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori secondo la legislazione vigente;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo (*data*)

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

(Timbro e f*irma del dichiarante*)