



Repubblica Italiana



Regione Siciliana



*Assessorato Regionale dell'istruzione
e della Formazione Professionale*

Dipartimento Regionale della formazione Professionale

Avviso 3 per l'attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori (GOL) finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 1" Politiche per il Lavoro", Riforma 1.1 "Politiche Attive del Lavoro e Formazione", finanziato dall'Unione europea - Next Generation EU.

Aggiornamento del Catalogo regionale dell'offerta formativa per la realizzazione di percorsi formativi *upskilling* e *reskilling* mirati al rafforzamento dell'occupabilità in Sicilia attraverso il reinserimento lavorativo, l'aggiornamento e la riqualificazione dei lavoratori lontani dal mercato del lavoro

PERCORSI FORMATIVI UPSKILLING E RESKILLING

Allegato 4

DOMANDA DI INSERIMENTO AL CATALOGO

DEI SOGGETTI ESECUTORI

ID DOMANDA

Da sottoscrivere con firma digitale

Regione Siciliana
 Dipartimento Regionale
 della Formazione Professionale
 Viale della Regione Siciliana, 33 - 90145
 Palermo (PA)

Oggetto: Avviso GoL per l'attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 1 "Politiche per il Lavoro", Riforma 1.1 "Politiche Attive del Lavoro e Formazione", finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU. Aggiornamento del Catalogo regionale dell'offerta formativa per la realizzazione di percorsi formativi *upskilling* e *reskilling* mirati al rafforzamento dell'occupabilità in Sicilia attraverso il reinserimento lavorativo, l'aggiornamento e la riqualificazione dei lavoratori lontani dal mercato del lavoro

DOMANDA DI INSERIMENTO AL CATALOGO

Il/La sottoscritto/a **NON COMPILATO** nato/a a **NON COMPILATO** provincia **NON COMPILATO** il **GG/MM/AAAA** Codice Fiscale **NON COMPILATO** residente in **NON COMPILATO** provincia **NON COMPILATO** in via/piazza **NON COMPILATO** n. **NON COMPILATO** CAP **NON COMPILATO**

in qualità di **NON COMPILATO** (periodo di rappresentanza da **NON COMPILATO**) del 'Soggetto esecutore **NON COMPILATO** Codice Fiscale **NONCOMPILATO** P. IVA **NON COMPILATO** con sede in **NONCOMPILATO** provincia **NONCOMPILATO** via/piazza **NON COMPILATO** n. **NON COMPILATO** CAP **NON COMPILATO** REA **NON COMPILATO** tel. **NON COMPILATO** fax. **NON COMPILATO** e-mail **NON COMPILATO** PEC **NON COMPILATO**

in riferimento all'Avviso 3 per l'attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori (GOL) finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 1 "Politiche per il Lavoro", Riforma 1.1 "Politiche Attive del Lavoro e Formazione", finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU. Aggiornamento del Catalogo regionale dell'offerta formativa per la realizzazione di percorsi formativi *upskilling* e *reskilling* mirati al rafforzamento dell'occupabilità in Sicilia attraverso il reinserimento lavorativo, l'aggiornamento e la riqualificazione dei lavoratori lontani dal mercato del lavoro **approvato con DDG n. NON COMPILATO del GG/MM/AAAA**

CHIEDE

di essere inserito nel Catalogo per la **Sezione** _____ avendo presentato la domanda avente **ID** _____ dal titolo _____ per un monte ore pari a _____ per i seguenti percorsi/edizioni:

Id Domanda	Id Edizione/ Percorso	Area professionale /Sotto-area professionale:	Titolo/denominazione edizione/percorso	Certificazione in uscita

Id Domanda	Id Edizione/ Percorso	sede	Durata (ore totali)	Durata Stage(ore)	Giornate	Numero beneficiari (Capienza aula)
Totale						MIN: MAX:

A tal fine, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi degli artt.47 e 76 del DPR n.445/2000 e s.m.i., le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

DICHIARA

(ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i.)

- di essere accreditato presso la Regione Sicilia per la tipologia formativa "Formazione continua e permanente", ai sensi del Decreto presidenziale n. 25 del 1 ottobre 2015 pubblicato nella GURS n.44 del 30/10/2015 con DDG n. NON COMPILATO del GG/MM/AAAA;
- di non versare in situazione di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo o altra situazione liquidatoria, anche volontaria;
- di non avere commesso violazioni gravi definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse e dei contributi previdenziali secondo la legislazione italiana, così come specificatamente definito dall'art.80, comma 4 del Decreto legislativo n.50/2016;
- di adottare adeguate misure per garantire il rispetto del principio di sana gestione finanziaria;
- di possedere capacità operativa - amministrativa e di affidabilità finanziaria al fine di garantire la puntuale realizzazione del progetto nelle modalità e termini previsti;
- che gli amministratori, muniti di rappresentanza o altri soggetti di cui al comma 3, dell'art. 80 del D.lgs 50/2016 - norma richiamata per fini esclusivamente esemplificativi - non abbiano subito condanne penali, anche non definitive, per le ipotesi contemplate al medesimo art. 80 citato o che non sussistano le condizioni previste dalla normativa di cui all'art.93;
- di essere in regola con gli obblighi previsti dalla Legge n. 68/1999 e s.m.i. "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", ove applicabile;
- di possedere i requisiti minimi tali da garantire il rispetto del Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e quanto previsto dall'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in materia di prevenzione e di sana gestione finanziaria, assenza di conflitti di interessi, di frodi e corruzione;
- di aver adempiuto agli obblighi previsti dal Regolamento sul sistema regionale dell'accREDITAMENTO e, in particolare, a quelli previsti ai fini del mantenimento dell'accREDITAMENTO stesso (art.13, c.5 D.P.Reg del 1 ottobre 2015, n.25) tra i quali quelli della presentazione del proprio bilancio;
- di non avere un'esposizione debitoria significativa a qualunque titolo maturata nei confronti della Regione siciliana;
- di rispettare le norme dell'ordinamento giuridico in materia di prevenzione degli infortuni sul luogo di lavoro e delle malattie professionali, della sicurezza sui luoghi di lavoro, dei contratti collettivi di lavoro e della normativa relativa alla tutela dell'ambiente.

(compilare in caso di presentazione in forma associata)

a. di essere costituito in Consorzio (di cui allegato statuto) con i seguenti consorziati:

Consorzio	CPA/IVA	Sede

ovvero di essere capofila/rappresentante con mandato di rappresentanza:

dell'Associazione Temporanea di Impresa (ATI)

dell'Associazione Temporanea di Scopo (ATS)

Costituita

con atto n _____ stipulato presso studio notarile _____ sito in _____ il giorno _____ e registrato a _____, al n. _____, in data _____

Costituenda

Composta dai seguenti soggetti (compreso capofila):

b) altro/i Ente/i di Formazione componente/i dell'ATI/ATS

_____ con sede in _____, Via _____, n. _____

- Accreditato presso la Regione siciliana per la tipologia formativa "Formazione continua e permanente", ai sensi del decreto Presidenziale n.25 del 1 ottobre 2015 pubblicato nella GURS n.44 del del 30/10/2015 con DDG n. NON COMPILATO del GG/MM/AAAA;

(se del caso aggiungere righe)

c) che nessuno dei soggetti facenti parte dell'ATI/ATS ha già inoltrato la propria candidatura a titolo individuale o nell'ambito di altra ATI/ATS;

d) di impegnarsi a costituire una ATI/ATS con i soggetti sopra elencati;

DICHIARA INOLTRE

(ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i.)

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico e delle ulteriori disposizioni adottate da parte dell'Amministrazione e di accettarne tutti i contenuti e le condizioni;
- di essere disponibile alla partecipazione al Catalogo;
- di possedere sedi di erogazione ubicate in Sicilia, dotate di idonee attrezzature, laboratori e capacità massima delle aule per singole edizione *(le sedi possono essere: sedi di erogazione stabili riportate nel decreto di accreditamento in corso di validità del soggetto esecutore; sedi di erogazione occasionale già autorizzate dal Servizio competente. In presenza di una sede didattica occasionale non ancora autorizzata dal Servizio competente, l'organismo di formazione deve presentare apposita istanza di accreditamento della stessa sede, entro la data di presentazione delle domande di inserimento a Catalogo e di conferma a sistema; alla data di concessione del beneficio le sedi dovranno essere munite di relativa autorizzazione;*
- di essere consapevole degli obblighi del soggetto erogatore indicati nell'Avviso, di accettarne tutti i contenuti e le condizioni e di rispettarne gli adempimenti previsti nei termini ivi indicati);
- di fornire, su richiesta dell'Amministrazione, la documentazione necessaria ad attestare la correttezza dei dati forniti ai fini della istruttoria della domanda come indicato nell'Avviso e di essere consapevole che, a fronte di mancata trasmissione della documentazione richiesta, l'istruttoria avrà esito negativo;
- di essere consapevole che l'eventuale accoglimento della domanda e l'inserimento a catalogo non costituisce diritto alla concessione del contributo, la quale resta comunque subordinata a quanto stabilito dall'Avviso;
- di non aver percepito altri finanziamenti pubblici per la realizzazione del progetto presentato
- di impegnarsi a fornire le informazioni che saranno richieste per la compilazione del sistema informativo ReGis.
- di allegare alla presente domanda di inserimento a Catalogo:
 1. piano finanziario e cronoprogramma procedurale di spesa;

INDICE

Sezione 1 - SOGGETTO ESECUTORE

Sezione 2 - DICHIARAZIONE DI INTENTI (in caso di costituenda ATI/ATS)

Sezione 3 - DATI GENERALI

Sezione 4 - SCHEDA PERCORSI PROPOSTI

Sintesi

SEZIONE 1: SOGGETTO ESECUTORE (in caso di candidatura in forma singola)

- 1.1 Ragione sociale, Codice Fiscale, Partita Iva: **NON COMPILATO, NON COMPILATO, NON COMPILATO**
- 1.2 Rappresentante legale: Nome **NON COMPILATO** Cognome **NON COMPILATO**
 Codice fiscale **NON COMPILATO**
 Data e luogo di nascita: **gg/mm/aaaa**
 Indirizzo di residenza (Indirizzo, numero civico, Città, CAP, Provincia) **NON COMPILATO**
 Ruolo del legale rappresentante e periodo di rappresentanza **NON COMPILATO da gg/mm/aaaa a gg/mm/aaaa**
- 1.3 Tipo Organismo
Accreditato presso la Regione Sicilia per la tipologia formativa "Formazione continua e permanente", ai sensi del Decreto presidenziale n. 25 del 1 ottobre 2015 pubblicato nella GURS n.44 del 30/10/2015 con DDG n. **NON COMPILATO** del **GG/MM/AAAA**;
 Codice CIR **CIR**
- 1.4 Tipologia:
NON COMPILATO
- 1.5 Natura giuridica:
NON COMPILATO
- 1.6 Sede legale
NON COMPILATO
 Numero R.E.A.: **NON COMPILATO**
- 1.7 Ente previdenziale
 INPS/INPDAP sede di **NON COMPILATO** - matr. Nr. **NON COMPILATO**
 INAIL sede di **NON COMPILATO** - matr. Nr. **NON COMPILATO**
- 1.8 Sedi Didattiche

Id Sede	Indirizzo	Capienza Aule / nr. Postazioni	Laboratorio

SEZIONE 2: DICHIARAZIONE DI INTENTI (in caso di costituenda ATI/ATS)

Oggetto: **Oggetto:** Avviso GoL per l'attuazione del Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 1 "Politiche per il Lavoro", Riforma 1.1 "Politiche Attive del Lavoro e Formazione", finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU. Aggiornamento del Catalogo regionale dell'offerta formativa per la realizzazione di percorsi formativi *upskilling* e *reskilling* mirati al rafforzamento dell'occupabilità in Sicilia attraverso il reinserimento lavorativo, l'aggiornamento e la riqualificazione dei lavoratori lontani dal mercato del lavoro

I/Le sottoscritti/e:

1).....nato/a a.....il 00/00/0000 CF.....residente inin qualità di legale rappresentante di.....con sede legale in (indicare indirizzo, Comune e Provincia.....)

I/Le sottoscritti/e:

1).....nato/a a.....il 00/00/0000 CF.....residente inin qualità di legale rappresentante di.....con sede legale in (indicare indirizzo, Comune e Provincia.....)

I/Le sottoscritti/e:

1).....nato/a a.....il 00/00/0000 CF.....residente inin qualità di legale rappresentante di.....con sede legale in (indicare indirizzo, Comune e Provincia.....)

DICHIARANO

- che in caso di approvazione della domanda di inserimento a Catalogo denominatopresentato a seguito dell'Avviso in oggetto, provvederanno entro 20 giorni dalla notifica dell'avvenuta prenotazione delle risorse, ad associarsi formalmente in.....(specificare se ATI o ATS);
- che all'interno dell'.....(specificare se ATI o ATS) verrà conferito mandato speciale con rappresentanza, incluso il mandato unico all'incasso della sovvenzione, a.....

Luogo e data

Firma dei rappresentanti legali di tutti
i componenti il partenariato

SEZIONE 3: DATI GENERALI

3.1 Il referente di progetto

Nome **NON COMPILATO**

Cognome **NON COMPILATO**

Codice Fiscale **NON COMPILATO**

**SEZIONE 4: DATI DEI PERCORSI CHE COMPONGONO
LA PROPOSTA PROGETTUALE
ID - Titolo -**

4.1 Id riferimento domanda: **NON COMPILATO**

4.2 Id riferimento percorso: **NON COMPILATO**

4.3 Titolo/denominazione del percorso: **NON COMPILATO**

4.4 Area professionale /Sotto-area professionale: **NON COMPILATO**

4.5 Sede: **NON COMPILATO**

Articolazione modulo/ unità formativa (da ripetere per ogni modulo/unità formativa)

	Ore	Abilità	Conoscenze	Competenze	Docenti coinvolti	Attrezzature/strumenti	Metodologie didattiche	Valutazione	Obiettivo	Ore aula
Modulo/Unità formativa										
Modulo Igiene e sicurezza										
Modulo Alfabetizzazione										
Modulo di lingua straniera										

4.6 Tipo di Certificazione: **NONCOMPILATO**

4.7 Prerequisiti di accesso al corso: **NON COMPILATO**

4.8 Tipologia della prova: **NON COMPILATO**

4.9 Durata esame (ore): **NON COMPILATO**

SINTESI: RIEPILOGO DATI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Riepilogo dei percorsi/edizioni

Id Percorso	Id Edizione	Sede	Durata (ore totali)	Durata Stage (ore)	Numero allievi (Capienza aula)	Importo
Totale						MIN: MAX:

Si autorizza il trattamento dei dati forniti ai sensi del D.Lgs.n. 196/2003es.m.i.

Firma digitale del Legale Rappresentante o altro soggetto munito di poteri di firma*

Nome Cognome

Luogo e data _____

Il legale rappresentante del soggetto singolo o capofila nel caso di ATI /ATS già costituita
o altro soggetto munito di poteri di firma*
*(firma digitale)***

Il legale rappresentante dei soggetti partecipanti alla costituenda ATI/ATS costituenda
o altro soggetto munito di poteri di firma*
*(firma digitale)***

* In caso di altro soggetto munito di poteri di firma, allegare atto di delega o altro documento comprovante poteri di firma

** Obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l'apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma 1, le tt. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..