



REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

Assessorato dell'istruzione e della formazione professionale

Dipartimento della formazione professionale

Servizio 4



PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)
MISSIONE 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, COMPONENTE 3 - Turismo e Cultura 4.0 (M1C3), MISURA 2 “Rigenerazione di piccoli siti culturali, patrimonio culturale, religioso e rurale”, INVESTIMENTO 2.3: “Programmi per valorizzare l’identità dei luoghi: parchi e giardini storici”

**ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER
“Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici”**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO E FORMULARIO

ID DOMANDA

Da sottoscrivere con firma digitale

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

Oggetto: Attività di formazione professionale per “**Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici**” PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) MISSIONE 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, COMPONENTE 3 - Turismo e Cultura 4.0 (M1C3), MISURA 2 “Rigenerazione di piccoli siti culturali, patrimonio culturale, religioso e rurale”, INVESTIMENTO 2.3: “Programmi per valorizzare l'identità dei luoghi: parchi e giardini storici”

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E
 FORMULARIO**

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 per attività di formazione professionale per “**Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici**” PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) MISSIONE 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, COMPONENTE 3 - Turismo e Cultura 4.0 (M1C3), MISURA 2 “Rigenerazione di piccoli siti culturali, patrimonio culturale, religioso e rurale”, INVESTIMENTO 2.3: “Programmi per valorizzare l'identità dei luoghi: parchi e giardini storici” **approvato con DDG n. NON COMPILATO del GG/MM/AAAA**

CHIEDE

di poter partecipare all'Avviso per i seguenti corsi:

Id Corso	Area professionale /Sotto-area professionale	Titolo/denominazione del corso	Certificazione in uscita

Id corso	Sede didattica	Provincia	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;
- che il legale rappresentante non sia destinatario di una sentenza di condanna passata in giudicato o emissione di decreto penale di condanna divenuta irrevocabile, oppure di sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del cpp, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, nonché per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio ed associazione di tipo mafioso L. 575/65 (e ss.mm.ii.);
- 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;
- 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

b. 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):

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)

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;

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

c. ovvero di essere capofila/rappresentante con mandato di rappresentanza

di altra forma di partenariato

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):

f) 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)

che nessuno dei soggetti facenti parte della forma di partenariato ha già inoltrato la propria candidatura a titolo individuale o nell'ambito di altre forme di partenariato;

di impegnarsi a costituire altra forma di partenariato coi soggetti sopra elencati.

DICHIARA INOLTRE

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

- di prevedere la contestuale partecipazione all'Avviso di uno dei soggetti delle categorie di seguito riportate;

Categorie	Nome soggetto /struttura	Tipologia di coinvolgimento
Giardino storico (anche più di uno – in tal caso ripetere righe)		
Impresa appartenete al tessuto imprenditoriale e produttivo (anche più di uno – in tal caso ripetere righe)		
Istituto agrario (anche più di uno – in tal caso ripetere righe)		
Università degli studi (anche più di uno – in tal caso ripetere righe)		
Orto botanico (anche più di uno – in tal caso ripetere righe)		

- 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 all'Avviso;
- di possedere sedi di erogazione ubicate in Sicilia, dotate di idonee attrezzature, laboratori e capacità massima delle aule per singole edizioni (*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; 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 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
- di allegare alla presente domanda:
 1. piano finanziario e cronoprogramma procedurale di spesa;

INDICE

1 - SOGGETTO ESECUTORE

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

3 - DATI GENERALI

4 - SCHEDA PERCORSI PROPOSTI

Sintesi

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)	provincia	Capienza Aule / nr. Postazioni	Laboratorio

2: DICHIARAZIONE DI INTENTI (in caso di costituenda ATI/ATS o altra forma di partenariato)

Oggetto: all'Avviso per attività di formazione professionale per "**Giardiniere d'arte per giardini e parchi storici**" PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) MISSIONE 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, COMPONENTE 3 - Turismo e Cultura 4.0 (M1C3), MISURA 2 "Rigenerazione di piccoli siti culturali, patrimonio culturale, religioso e rurale", INVESTIMENTO 2.3: "Programmi per valorizzare l'identità dei luoghi: parchi e giardini storici"

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 partecipazione all'Avviso denominato.....presentato a seguito dell'Avviso in oggetto, provvederanno entro 30 giorni dalla notifica dell'avvenuta concessione del finanziamento, ad associarsi formalmente in(specificare se ATI o ATS o altra forma di partenariato);
- che all'interno dell'.....(specificare se ATI o ATS altra forma di partenariato) 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

3: DATI GENERALI

3.1 Il referente di progetto

Nome **NON COMPILATO**Cognome **NON COMPILATO**Codice Fiscale **NON COMPILATO**

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

4.1 Id riferimento domanda: **NON COMPILATO**

4.2 Id riferimento corso: **NON COMPILATO**

4.3 Titolo/denominazione del corso: **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	Ora stage
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 corsi

Id domanda	Id corso	Sede didattica (indirizzo)	Provincia	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*

Luogo e data _____

Nome Cognome

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

Il legale rappresentante dei soggetti partecipanti alla costituenda ATI/ATS costituenda
o di altra forma di partenariato
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, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..