



Allegato C – Domanda adesione Avviso 1-2-3-5

*Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche sociali e del Lavoro
Dipartimento Regionale del Lavoro, dell'Impiego, dell'Orientamento, dei Servizi e delle Attività Formative*

Aggiornamento 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

PAR GOL Sicilia 2021/2025
Deliberazione della Giunta Regionale di Governo n. 83 del 24 febbraio 2022

Aggiornamento Avviso pubblico n.1/2022 per l'attuazione del Programma Attuativo Regionale
"Garanzia Occupabilità dei Lavoratori - GOL" da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di
Ripresa e Resilienza (PNRR),

Servizi per il lavoro
Percorsi n. 1-2-3-5

Allegato C

Modello per la presentazione della manifestazione di interesse da parte soggetti pubblici e privati
accreditati all'erogazione di servizi per il lavoro in Sicilia

D.D.G. n. 1216/2024

del 22/05/2024

Oggetto: Aggiornamento 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", finanziata dall'Unione europea – Next Generation EU

SERVIZI PER IL LAVORO PERCORSI 1-2-3-5

Manifestazione di interesse all'erogazione di servizi per il lavoro in Sicilia nell'ambito di GOL
--

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome)

Paese di nascita

Provincia di nascita

Comune di nascita

Data di nascita

Codice fiscale

Sesso

Residente in:

Paese

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Cap

In qualità di _____

Periodo di rappresentanza dal _____

Del soggetto accreditato presso la Regione Siciliana per l'erogazione dei servizi per il lavoro

Ragione sociale

Codice Fiscale

P. IVA

Codice Ateco

Ente previdenziale

INPS/INPDAP sede di _____

matr. Nr.

INAIL sede di _____

matr. Nr.

Con sede legale in:

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Cap

Telefono

e-mail

pec

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei soggetti erogatori dei servizi per il lavoro riferiti ai Percorsi GOL n. 1-2-3-5 partecipando nel rispetto dei Servizi per i quali si è accreditato o si richiederà l'accreditamento, come specificato nella tabella sottostante, fermo restando quanto previsto nella Sezione 5 dell'Avviso nei seguenti ambiti provinciali (indicare gli ambiti provinciali di candidatura)

Provincia	Sede già accreditata o in fase di accreditamento	Sede per la quale si richiederà l'accreditamento
Agrigento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caltanissetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ragusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siracusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trapani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 non essere in stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo o altra situazione liquidatoria, anche volontaria (salve le eccezioni di legge);
- che i soggetti che amministrano l'ente hanno qualità morali e professionali, specificatamente previste;
- che gli amministratori dell'ente muniti di potere di rappresentanza non hanno subito condanne penali- anche non definitive per delitti considerati all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016 o che siano sottoposti alle misure di prevenzione od ostative previste rispettivamente all'art. 6 ed all'art. 67 del d.lgs. n. 159/2011;
- 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
- che l'ente è in regola con le disposizioni della legge 68/1999 e s.m.i. sulle "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" o alternativamente che l'ente non è soggetto agli obblighi derivanti dalla legge 68/1999 e s.m.i. sulle "Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
- di essere iscritto al repertorio delle notizie economiche e amministrative (numero REA NON COMPILATO) di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 7 dicembre 1995, n.581 e successive modifiche e integrazioni;

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 competente e di accettarne tutti i contenuti e le condizioni;
- di possedere capacità tecnico-professionali e organizzative tali da garantire il regolare svolgimento delle attività previste nell'ambito della proposta di adesione presentata;
- 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;

Luogo e data_____

Nominativo e firma digitale_____

SEZIONE 1: SEDI OPERATIVE SOGGETTO ESECUTORE

Sede operativa accreditata 1: (indicare indirizzo, città, provincia) Accreditata all'erogazione dei servizi per il lavoro in Sicilia con D.D.G. n. ____ del ____ ed inserita nell'elenco unico dei soggetti accreditati codice: ____ sub: ____
accreditata ai seguenti servizi per il lavoro:

- ☐ Orientamento specialistico;
- ☐ Accompagnamento al lavoro;
- ☐ Avviamento alla formazione;
- ☐ Informazione su incentivi all'occupazione;
- ☐ Supporto all'autoimpiego;
- ☐ Attività incontro domanda/offerta di lavoro (Matching).

RIPETERE n. volte PER TUTTE LE SEDI OPERATIVE accreditate

Sede temporanea per la quale si richiede l'accreditamento 1: (indicare indirizzo, città, provincia) allo svolgimento dei seguenti servizi per il lavoro:

- ☐ Orientamento specialistico;
- ☐ Accompagnamento al lavoro;
- ☐ Avviamento alla formazione;
- ☐ Informazione su incentivi all'occupazione;
- ☐ Supporto all'autoimpiego;
- ☐ Attività incontro domanda/offerta di lavoro (Matching).

RIPETERE n. volte PER TUTTE LE SEDI TEMPORANEE PER LE QUALI SI RICHIEDERA' AUTORIZZAZIONE

Luogo e data _____

Nominativo e firma digitale _____