

Spett.le

Via _____, _____

(Soggetto Proponente)

Spett.le
FONDO CONOSCENZA
Corso d'Italia, 39
00198 – ROMA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____,
Codice Fiscale _____, in qualità di legale rappresentante dell'Azienda _____
_____, Codice Fiscale _____, P. IVA _____, con sede in _____
_____, Prov. _____, Via _____ n. _____ CAP _____, Telefono _____, e-mail
_____, PEC _____, Matricola/e INPS n. _____, aderente a Fondo
Conoscenza da (mm/aa) _____

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- la non sussistenza delle clausole di esclusione di cui all'art. 38, comma 1, del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
- che nei confronti del/della sottoscritto/a non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 10 della legge n. 575 del 31 maggio 1965 e indicate nell'allegato 1 al D.Lgs. n. 490/1994 e s.m.i.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- di applicare integralmente il CCNL di categoria stipulato da organizzazioni sindacali comparativamente rappresentative a livello nazionale;
- di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa (*solo per le cooperative*);
- di rispettare la normativa in materia fiscale, previdenziale e di sicurezza dei lavoratori (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.);
- in riferimento agli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili (*barrare l'opzione prescelta*):
 - di non essere soggetto in quanto l'Azienda rappresentata ha un numero di dipendenti inferiore a 15;
 - di non essere soggetto in quanto, pur avendo l'Azienda rappresentata un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, la stessa non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/01/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;
 - di essere in regola con le norme che disciplinano l'inserimento al lavoro dei disabili.

- di aver preso visione delle Linee Guida sulle procedure di funzionamento, gestione, controllo e rendicontazione dei Piani Formativi finanziati da Fondo Conoscenza;
- che l'Azienda rappresentata ha un organico di n. _____ dipendenti;
- che i locali in cui ha sede l'Azienda rappresentata sono conformi alla normativa in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro;
- che l'Azienda accede direttamente al Piano formativo condiviso a livello _____, specificando al riguardo:
 - che non vi sono rappresentanze sindacali costituite in Azienda;
 - che vi sono rappresentanze sindacali costituite in Azienda, alle quali è stata resa, con apposito incontro, l'informazione sulle linee e sulle modalità attuative del Piano formativo e hanno rilasciato il relativo accordo di condivisione del piano formativo;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e al Regolamento Europeo GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei suddetti dati.

Il/La sottoscritto/a inoltre delega _____, Ente accreditato presso il Fondo, a presentare il Piano Formativo dal titolo _____, Codice Identificativo Piano _____ e a riceverne il finanziamento da Fondo Conoscenza.

Il/La sottoscritto/a si impegna, in caso di ammissione a finanziamento del suddetto Piano Formativo, a mantenere l'adesione al Fondo fino all'esito della rendicontazione dello stesso.

Si allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità

Luogo e data _____

Timbro e firma del dichiarante autografa

o

Firma digitale
