

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 di _____, Codice Fiscale _____, P. IVA _____, con sede in _____ Prov. _____, Via _____ n. _____ CAP _____, Soggetto Proponente del Programma Quadro dal titolo _____, Codice Identificativo Programma _____,

CHIEDE

l'approvazione del suddetto Programma e l'erogazione di un finanziamento pari a Euro _____.

A tal fine, 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, il/la sottoscritto/a

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'Ente rappresentato ha un numero di dipendenti inferiore a 15;
 - di non essere soggetto in quanto, pur avendo l'Ente rappresentato un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, lo stesso 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;
- la regolarità di quanto contenuto nella presente domanda, la conformità degli elementi esposti e la loro corrispondenza con quanto presente negli allegati;
- che il Piano Formativo di cui sopra non è oggetto di altri finanziamenti pubblici né di altri finanziamenti di Fondo Conoscenza o di altri Fondi Interprofessionali.

DICHIARA ALTRESI'

di possedere i seguenti indicatori di performance

- N. ____ anni di esperienza nella formazione continua finanziata dai Fondi interprofessionali;
- N. ____ corsi di formazione continua erogati nell'ultimo biennio finanziati dai Fondi Interprofessionali;
- Fatturato complessivo di euro _____ degli ultimi 3 esercizi per le sole attività finanziate dai Fondi Interprofessionali.

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione dell'Avviso 2/2022 e delle ulteriori disposizioni adottate da parte di Fondo Conoscenza e di accettarne tutti i contenuti e le condizioni;
- di essere consapevole degli obblighi del beneficiario di cui all'art. 19 dell'Avviso 2/2022, di accettarne tutti i contenuti e le condizioni e di rispettare gli adempimenti previsti nei termini ivi indicati;
- di aver preso visione delle Linee Guida sulle procedure di funzionamento, gestione, controllo e rendicontazione dei Piani Formativi finanziati da Fondo Conoscenza;

Si allega la seguente documentazione:

- Copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità firmata digitalmente
- Formulario di presentazione del Piano Formativo firmato digitalmente

Il/La sottoscritto/a dichiara 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.

Luogo e data _____

(Firmato Digitalmente)