





# DISTRETTO SOCIO SANITARIO 47

## *Comuni di Augusta e Melilli*

- di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- di non avere effettuato licenziamenti, fatti salvi quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative, nei 12 mesi precedenti l'attivazione del tirocinio;

### **DICHIARA ALTRESÌ**

di essere disponibile ad ospitare come tirocinanti presso le proprie strutture e i propri servizi un numero massimo di \_\_\_\_\_ (massimo 2 unità per tutor), tirocinanti nel rispetto rigoroso di quanto previsto dal Patto di accreditamento e delle dichiarazioni di cui sotto.

### **DICHIARA INOLTRE**

ad ogni effetto di legge di impegnarsi a:

1. impiegare il tirocinante esclusivamente per la attività indicate nel Piano Formativo Individuale;
2. impiegare il tirocinante esclusivamente in affiancamento e mai in sostituzione a personale dipendente;
3. trasmettere ai Comuni del Distretto il/i nominativo/i del/i responsabile/i del tirocinio di inclusione sociale, individuato tra i propri lavoratori in possesso di competenze professionali adeguate rispetto alla attività oggetto di tirocinio, nel rispetto del rapporto minimo tutor/tirocinante di 1 a 2.
4. garantire rigorosamente il rispetto delle normative sulla sicurezza dei posti di lavoro tutto incluso e niente escluso, ivi comprese le dotazioni di dd.pp.ii.;
5. impegnare il tirocinante rigorosamente per il numero di ore previsto dalla Convenzione e dal Piano Formativo Individuale che verrà sottoscritto dalle parti;
6. tenere un registro delle presenze riguardante il tirocinio formativo che verrà fornito dall'Ente Promotore;
7. permettere in qualsiasi momento l'attività ispettiva sull'inserimento da parte dei referenti dei Comuni del Distretto Socio Sanitario 47;
8. effettuare la comunicazione obbligatoria prevista dall'articolo 9-bis, comma 2 del decreto- legge del primo ottobre 1996 n. 510 "Disposizioni urgenti in materia di lavori socialmente utili, di interventi a sostegno del reddito e nel settore previdenziale", convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, come modificato dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, comma 1180.

### **DICHIARA INFINE**

sotto la propria responsabilità con espresso riferimento al soggetto che rappresenta ai sensi degli artt.46 e 47 e seguenti del D.P.R. 445/2000, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendaci, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R. le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, oltre alle conseguenze amministrative previste nelle procedure concernenti gli appalti pubblici,

1. di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016, tutto incluso e niente escluso, ed espressamente di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80,



## DISTRETTO SOCIO SANITARIO 47

### *Comuni di Augusta e Melilli*

del D. Lgs 50/2016 ai punti 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 1g, 2, 3, 4, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5f-bis, 5fter, 5g, 5h, 5i, 5l, 5m, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14;

2. di essere in regola circa la correttezza degli adempimenti periodici relativi ai versamenti contributivi verso l'INAIL e l'INPS
  - di essere assicurata all'I.N.A.I.L. codice ditta n° \_\_\_\_\_
  - di essere iscritta all'I.N.P.S. con matricola n° \_\_\_\_\_
3. di non incorrere in nessuna delle sanzioni o misure cautelari che impediscono di contrarre con le Pubbliche Amministrazioni;
4. di aver preso visione ed accettato, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'avviso di manifestazione di interesse con formale impegno al loro assoluto rispetto;
5. di essere informato, ai sensi e per effetto del D.Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Indica i seguenti recapiti per ogni comunicazione relativa al presente avviso:

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_