

[Carta intestata ente]

Allegato 1

Spett. Provincia di Sondrio
Servizio Mercato del lavoro
Ufficio collocamento mirato

PEC: protocollo@cert.provincia.so.it

OGGETTO: ATTO DI ADESIONE



AVVISO - PER LA COSTITUZIONE DEL CATALOGO DEI CORSI DI FORMAZIONE FINANZIABILI ATTRAVERSO I VOUCHER "CITTADINANZA DIGITALE" PIANO DISABILI ITINERARI VI

Il sottoscritto,

COGNOME

NOME

NATO A

IL

CODICE FISCALE

in qualità di rappresentante legale / *soggetto con potere di firma:*

RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE / P. IVA

SEDE LEGALE: INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

Principale unità organizzativa locale dell'operatore: DENOMINAZIONE, INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

TELEFONO

EMAIL

PEC

PREMESSO CHE

l'ammissione al finanziamento relativo all'avviso della Provincia di Sondrio "**CITTADINANZA DIGITALE**" – **PIANO DISABILI ITINERARI VI** comporta da parte dell'Operatore l'esecuzione delle iniziative previste nel rispetto delle condizioni e modalità definite nel bando;

ACCETTA

1. di realizzare i servizi indicati nel progetto presentato, entro i termini stabiliti nell'avviso in premessa, nel rispetto delle normative nazionali, regionali e provinciali;
2. di rispettare la normativa in materia fiscale, previdenziale e di sicurezza dei lavoratori e dei partecipanti impegnati nella iniziativa approvata;
3. di consentire le attività di verifica e controllo sulla realizzazione delle iniziative previste, espletate dai funzionari provinciali, regionali, nazionali e comunitari competenti.

e a tal fine, consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

DICHIARA

<input type="checkbox"/>	che la presente domanda è presentata in qualità di unico soggetto attuatore
<input type="checkbox"/>	che la presente domanda è presentata in qualità di capofila di un partenariato tra diversi soggetti attuatori e per tanto si allega la seguente documentazione: <ul style="list-style-type: none">• la copia dell'accordo privato o della lettera di intenti/impegno firmata dai soggetti aderenti al partenariato;• gli atti di adesione degli operatori del partenariato;• l'elenco delle sedi e dei servizi attivati da ogni operatore del partenariato;
<input type="checkbox"/>	di non trovarsi, se soggetto privato, in alcuna condizione che precluda la partecipazione a contributi pubblici anche ai sensi delle vigenti normative antimafia
<input type="checkbox"/>	di essere consapevole della facoltà della Provincia di recuperare somme indebitamente erogate qualora a seguito delle attività di verifica e controllo si rilevassero irregolarità nella realizzazione degli interventi previsti
<input type="checkbox"/>	di impegnarsi ad accettare le eventuali modifiche all'assetto regolamentato che si rendessero necessarie per effetto dell'entrata in vigore di nuove disposizioni nazionali, regionali e provinciali
<input type="checkbox"/>	che i documenti elettronici che saranno inviati con firma digitale corrisponderanno a quelli depositati agli atti
<input type="checkbox"/>	che non accederà ad altri finanziamenti pubblici per la realizzazione delle azioni formative previste dall'avviso

[Carta intestata ente]

PROPOSTA PROGETTUALE GENERALE DI ATTUAZIONE

Esperienza soggetto attuatore

(max 1500 battute)

Partenariato:

[Carta intestata ente]

Modalità organizzative e procedurali:

(max 1500 battute)

Sedi erogazione (indicare eventuale disponibilità a individuare sedi alternative):

[Carta intestata ente]

Modalità didattica:

(max 1500 battute)

[Carta intestata ente]

Catalogo formativo:

Livello (CD1) (CD2)	Modulo	Durata (ore)	Numerosità gruppo classe	Edizioni

Allegati:

n. _____

<input type="checkbox"/>	copia (non autenticata) del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del firmatario della domanda di adesione;
<input type="checkbox"/>	copia dell'accordo privato o della lettera di intenti/impegno firmata dai soggetti aderenti al partenariato
<input type="checkbox"/>	autocertificazione del possesso delle competenze necessarie per l'erogazione di servizi alle persone disabili
<input type="checkbox"/>	CV operatori
<input type="checkbox"/>	procura del potere di firma (solo in caso di delega da parte del legale rappresentante)
<input type="checkbox"/>	altro:

[luogo], lì [data]

[Cognome e Nome]
