

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ

(art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ in qualità di legale rappresentante _____ di _____ (denominazione/ragione sociale): _____ P.IVA _____ (di seguito definito *soggetto ospitante*), con sede legale in _____ e sede operativa in _____ via _____ n. _____, con riferimento all'avvio del tirocinio del/la Sig./ Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell' art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, alla data della presente dichiarazione,

DICHIARA che

- presso la unità operativa di svolgimento del tirocinio ha
 - complessivamente n. _____ dipendenti computabili come di seguito indicati:
 - è privo di dipendenti;
 - n. _____ dipendenti a tempo indeterminato (esclusi apprendisti);
 - n. _____ dipendenti a tempo determinato con scadenza del contratto oltre il termine del tirocinio da attivare;
 - n. _____ tirocini extracurricolari in corso, ad esclusione dei tirocini attivati a favore dei soggetti disabili di cui alla L. 68/99, dei tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle personale e alla riabilitazione, e degli eventuali tirocini attivati in regime di premialità di cui all'art. 5, commi 7 e 8, L.R. 26/2023;
- è in possesso dei requisiti previsti dall'art. 5 della disciplina regionale vigente in materia (L.R. 26/2023), in quanto :
 - ✓ è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n. 68/1999 e s.m.i.);
 - ✓ è in regola con le norme in materia di sicurezza e igiene sui luoghi di lavoro (T.U. n. 81/2008 e s.m.i.);
 - ✓ è in regola con l'applicazione del CCNL di riferimento;
 - ✓ non incorre in procedure concorsuali, salvo il caso in cui ci siano accordi con le organizzazioni sindacali che prevedono tale possibilità;
 - ✓ non ha in corso, nella medesima unità operativa, procedure di cassa integrazione guadagni straordinaria e in deroga, o altri trattamenti di integrazione salariale straordinari erogati dai Fondi di cui al D.gs. 148/2015 e smi, per attività equivalenti a quelle del tirocinio, salva diversa previsione contenuta all'interno di specifici accordi sindacali;
 - ✓ non ha effettuato, nei dodici mesi precedenti ed all'interno della medesima unità operativa, licenziamenti collettivi e/o licenziamenti individuali per giustificato motivo oggettivo nei confronti di personale impegnato in attività equivalenti a quelle a cui si riferisce il progetto formativo, salva diversa previsione contenuta all'interno di specifici accordi sindacali. Rientra nel predetto divieto il licenziamento per fine appalto, salvo che, in forza di accordo sindacale di norma di legge, di CCNL o clausola prevista all'intero dello stesso contratto di appalto, l'appaltatore subentrante non abbia provveduto a riassumere tutto il personale in forza al momento del subentro;
- non è intercorso con il/la tirocinante, nei ventiquattro mesi precedenti, un rapporto di lavoro in qualsiasi forma contrattuale (di natura subordinata o autonoma);
 - (compilare solo nel caso ricorrano i presupposti e si intende beneficiare della premialità di cui all'art. 5, commi 7 e 8, L.R. 26/2023) nei ventiquattro mesi precedenti la data di attivazione del tirocinio, presso la unità operativa di svolgimento del tirocinio, ha ospitato complessivamente n. _____ tirocini e, successivamente alla conclusione dei suddetti tirocini, ha provveduto all'assunzione, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato della durata di almeno 6 mesi (nel caso di part-time, con orario settimanale almeno pari al 50% delle ore settimanali previste dal CCNL applicato) dei seguenti tirocinanti, come da elenco specificato¹:

¹ Qualora il riquadro sotto riportato risulti insufficiente è possibile allegare un ulteriore elenco.

	Codice Fiscale Tirocinante	Data fine Tirocinio	Assunzione con contratto a tempo indeterminato o determinato di durata non inferiore a 6 mesi
1			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
2			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
3			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
4			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
5			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
6			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
7			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
8			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
9			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
10			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
11			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
12			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
13			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
14			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
15			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
16			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
17			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
18			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
19			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
20			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

nei ventiquattro mesi precedenti la data di attivazione del tirocinio, presso la unità operativa di svolgimento del tirocinio, ha già attivato n. _____ tirocini in regime di premialità di cui all’art. 5, commi 7 e 8, L.R. 26/2023;

l’impresa che rappresenta è un’impresa artigiana esercente un’attività nel settore dell’artigianato artistico, tradizionale e dell’abbigliamento su misura ^{(ai soli fini della premialità di cui all’art. 5, comma 5, L.R. 26/2023).}

l’impresa che rappresenta è certificata per la parità di genere ^{(ai soli fini della premialità di cui all’art. 5, comma 5, L.R. 26/2023).}

Luogo _____ data ____/____/____

Timbro e firma del dichiarante²

Firma per presa visione del soggetto promotore

A cura del soggetto Promotore

Rif. Progetto Formativo Individuale n. _____ del _____

² Se non firmata digitalmente, allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.