

Provincia di Imperia

Settore Centri per l'Impiego, Programmazione e Progetti Comunitari

UFFICIO COLLOCAMENTO MIRATO

ATTUAZIONE DI TIROCINI DI INSERIMENTO/REINSERIMENTO RISERVATI A PERSONE CON DISABILITÀ E DESTINATI AD AZIENDE PRIVATE OPERANTI NEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI IMPERIA FINANZIATI CON IL FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DELLE PERSONE DISABILI DI CUI ALL'ART. 14 DELLA LEGGE 68/99

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
residente in _____
Via _____ n. _____

In qualità di legale rappresentante (ovvero) giusta procura generale /speciale n. _____ del _____ (che si allega in copia conforme all'originale) rilasciata dal legale rappresentante, autorizzato a rappresentare legalmente l'impresa/società denominazione/ragione sociale _____ consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- il rispetto della normativa in materia di sicurezza, igiene, prevenzione infortuni, protezione, trattamento e tutela dei lavoratori nonché delle condizioni di lavoro;
- di essere in regola con i versamenti contributivi, previdenziali e assicurativi relativi al proprio personale;
- che il tirocinante non sarà impiegato in attività legate alla stagionalità del ciclo produttivo.;
- di essere consapevole che l'erogazione dell'aiuto all'occupazione di cui alla presente domanda avverrà nel rispetto del cosiddetto regime "de minimis" ai sensi dei Regolamenti (CE) n. 1998/2006, (CE) n. 875/2007, (CE) n. 1535/2007 e (CE) n. 1407/2013.

Si autorizza al trattamento dei dati personali come previsto ai sensi dell'art 13 del D.lgs 196/03.

Data _____ Timbro e Firma _____