

***REGIONE ABRUZZO***

***DIPARTIMENTO LAVORO-SOCIALE***

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

TIROCINIO INCLUSIVO ABRUZZO (T.inA)[[1]](#footnote-1)

(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

**ALLEGATA ALLA CONVENZIONE DI TIROCINIO DI INCLUSIONE SOCIALE N……..in data…………….**

**stipulata tra ……………………..(Soggetto Promotore/Attuatore) e …………………. (Soggetto Ospitante)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella sua qualità di

Legale Rappresentante dell’Impresa/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*d’ora in poi denominata per brevità solo Soggetto Ospitante*)

c.f./p.iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato per la carica presso la Sede della medesima, sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.p.r. 445/2000 e ss.mm.ii., nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

**D I C H I A R A**

1. cheil Soggetto ospitante, alla data odierna (*barrare la casella di riferimento*):

DI ESSERE IN REGOLA con le norme di assunzione obbligatoria di cui alla Legge 68/1999;[[2]](#footnote-2)

DI ESSERE IN REGOLA con le norme di assunzione obbligatoria di cui alla Legge 68/1999, per intervenuto concordato con il Centro per l’Impiego;

DI NON ESSERE SOGGETTO all’obbligo di cui alla legge 68/99, poiché il numero di occupati alla data odierna è inferiore a 15;

DI ESSERE IN REGOLA con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii;

DI AVER APPLICATO, al fine di garantire la salute e la sicurezza suoi luoghi di lavoro dei tirocinanti, relativamente anche alle procedure ed alle misure idonee a prevenire o ridurre il rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, nei confronti dei medesimi tirocinanti tutti i protocolli, le disposizioni e le linee guida regionali e per le attività, in essi non contemplati, i protocolli, le disposizioni e le linee guida nazionali, già previsti per i lavoratori dipendenti nel settore di riferimento o in settori analoghi, nei quali rientra l’attività del soggetto ospitante. Tali misure sono state contestualizzate alla natura dell’attività, avuto riguardo alle esigenze specifiche delle persone con disabilità e di aver fornito allo stesso tutti i necessari dispositivi (BARRARE QUESTA CASELLA NEL CASO IN CUI L’ESPERIENZA DI TIROCINIO SI SVOLGA ESCLUSIVAMENTE IN MODALITA’ IN PRESENZA O IN MODALITA’ MISTA: IN QUEST’ULTIMO CASO VA BARRATA ANCHE LA CASELLA SOTTOSTANTE);

DI AVER FORNITO al tirocinante – nel caso l’esperienza di tirocinio si svolga nel proprio domicilio - l’informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro e tutti i necessari dispositivi di sicurezza individuali (DPI) e di aver adottato tutte le altre misure, in analogia a quanto previsto dalla normativa *sullo smart working* (L. 81/2017) ed in coerenza con le indicazioni emanate dall’INAIL (BARRARE QUESTA CASELLA NEL CASO IN CUI IL TIROCINIO SI SVOLGA ESCLUSIVAMENTE IN MODALITA’ SMART TRAINING O IN MODALITA’ MISTA: IN QUEST’ULTIMO CASO VA BARRATA ANCHE LA CASELLA SOVRASTANTE)

DI ESSERE IN REGOLAcon l’applicazione dei contratti collettivi di lavoro**;**

**□** DI ESSERE STATO INFORMATO che i dati personali forniti in relazione alla presente dichiarazione sono raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la normativa vigente e che il trattamento avverrà nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy).

Allegati:

Documento di identità in corso di validità (solo nel caso di firma autografa).

In fede.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) ( Firma del Legale rappresentante)

La presente dichiarazione, con l’allegata fotocopia del documento di identità, non necessita dell’autenticazione della firma ed è esente da imposta di bollo ai sensi dell’art. 37 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il soggetto ospitante auto-dichiara di possedere i requisiti e le condizioni richiesti per l’attivazione del tirocinio, e di rispettare i vincoli e gli obblighi di cui alle linee guida regionali in materia di tirocini di inclusione sociale (T.in.A), approvate con D.G.R. n. 875 del 29.12.2020 nonchè quelli adottati a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza sanitaria da Covid 19 e si assume tutte le responsabilità, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci.

In caso di soggetto promotore pubblico, lo stesso verificherà a campione la veridicità delle dichiarazioni rese dal Soggetto ospitante ai sensi del d.P.R. 445/2000 e s.m.i., art. 71, secondo il quale le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

1. La dichiarazione deve essere resa dal soggetto ospitante per ciascuna unità operativa di svolgimento del tirocinio [↑](#footnote-ref-1)
2. # Per quanto concerne il rispetto della normativa di cui alla L. 68/99,ovvero le prime tre opzioni sopra elencate, barrare solo ed esclusivamente la casella che corrisponde alla propria posizione.

   [↑](#footnote-ref-2)