



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

CUP D76G19000900009

Progetto Formativo Individuale "PFI"

Autocertificazione Soggetto Ospitante

Il sottoscritto/a **<Nome rappresentante legale>** **<Cognome rappresentante legale>**, **<CF rappresentante legale>** in qualità di rappresentante legale del Soggetto Ospitante **<Denominazione SO>**, codice fiscale **<CF SO>**, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000

Dichiara:

- di appartenere alla forma giuridica di cui alla classificazione ISTAT: **<Codice ISTAT>** **<Forma giuridica ISTAT>**;
- di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili di cui alla Legge n. 68/99;
- di non avere procedure di CIG straordinaria o in deroga in corso per attività equivalenti a quelle del tirocinio, nella medesima unità operativa salvo il caso in cui ci siano accordi con le organizzazioni sindacali che prevedano tale possibilità;
- che, fatti salvi i licenziamenti per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali, **nella medesima unità operativa e nei 12 mesi precedenti la presentazione della domanda di attivazione del tirocinio, non ha effettuato licenziamenti per attività equivalenti a quelle previste nel Progetto Formativo Individuale:** per giustificato motivo oggettivo; licenziamenti collettivi; licenziamento per superamento del periodo di comporto; licenziamento per mancato superamento del periodo di prova; licenziamento per fine appalto; risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro al termine del periodo formativo;
- di non trovarsi in una delle seguenti situazioni:
 - fallimento;
 - concordato preventivo o fallimentare;
 - liquidazione coatta amministrativa;
 - amministrazione straordinaria delle grandi imprese in stato d'insolvenza;
 - amministrazione straordinaria speciale;
- il titolare o il legale rappresentante o i soci non sono legati da rapporto di coniugio, parentela ed affinità entro il secondo grado con il tirocinante (tale incompatibilità non opera per i soci di cooperative che abbiano un numero di soci uguale o superiore a 50 o per i soci che detengano un capitale sociale uguale o inferiore al 2% o per i soci accomandanti);
- che con l'attivazione del tirocinio vengono rispettati i limiti numerici indicati nelle vigenti disposizioni di cui alla D.G.R. n. 45/7 del 14 Novembre 2019 come indicato nell'Appendice 2.1 allegato al presente Avviso e in particolare di avere:
- un numero totale (comprensivo di quelli della sede del tirocinio e di tutte le altre sedi aziendali) alla data della presentazione del progetto formativo di:
 - dipendenti a tempo indeterminato pari a **<numero totale dipendenti a tempo indeterminato>**;
 - dipendenti a tempo determinato pari a **<numero totale dipendenti a tempo determinato>**;





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

- tirocinanti [esclusi i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015 e quelli in favore dei soggetti di cui all'art.2, comma 1, lett.e) della DGR 34/7 del 03.07.2018] attualmente impiegati pari a **<numero totale di tirocinanti>**
- alla data della presentazione del progetto formativo, la sede prescelta per lo svolgimento del tirocinio del tirocinante <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante> è ubicata in Sardegna nel comune di <Comune di svolgimento del tirocinio>, <Indirizzo sede di svolgimento del tirocinio> all'interno della quale, occupa un numero di dipendenti un numero totale di:
 - dipendenti a tempo indeterminato pari a <numero dipendenti a tempo indeterminato presso la sede di svolgimento del tirocinio>;
 - dipendenti a tempo determinato pari a <numero dipendenti a tempo determinato presso la sede di svolgimento del tirocinio> *(la cui data di inizio del contratto sia anteriore alla data di avvio del tirocinio e la scadenza posteriore alla data di fine del tirocinio)*;
 - numero di tirocinanti [esclusi i tirocini di inclusione ex DGR 34/20 del 07.07.2015 e quelli in favore dei soggetti di cui all'art.2, comma 1, lett. e) della DGR 34/7 del 03.07.2018] attualmente impiegati pari a <numero di tirocinanti presso la sede di svolgimento del tirocinio>;
 - **< (SEZIONE VISIBILE SOLO SE IL NUMERO DEI DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO DELLA SEDE DI SVOLGIMENTO È MAGGIORE DI 20) <e una percentuale di assunzione dei tirocinanti negli ultimi 24 mesi pari a <% assunzione tirocinanti negli ultimi 24 mesi> > >;**
- di non aver mai realizzato, prima del presente progetto di tirocinio e salvo l'ipotesi di rinuncia prima dell'avvio del tirocinio, altri tirocini extracurricolari a favore di <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante>;
- di non aver mai instaurato un contratto di lavoro subordinato o altra attività lavorativa, a qualunque titolo, per le stesse mansioni previste nel progetto di tirocinio per <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante>, nei due anni precedenti l'attivazione del tirocinio, neanche all'interno dello stesso gruppo aziendale.

Dichiara inoltre in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ex artt. 46 del DPR 445/2000

- di aver letto e accettato le Linee Guida sui tirocini approvate con DGR 45/7 del 14 Novembre 2019 pubblicate sul sito della Regione Sardegna e il Regolamento ASPAL vigente e le modalità operative pubblicati sul sito Sardegna Lavoro;
- di aver letto e accettato quanto disposto nell'avviso pubblico per l'attivazione di progetti di tirocinio TVB Sardegna Lavoro;
- di essere consapevole che i requisiti sopra dichiarati devono essere posseduti al momento della presentazione del progetto formativo e vanno mantenuti per tutta la durata del tirocinio;
- di essere consapevole che la variazione o la perdita dei requisiti sopra dichiarati devono essere tempestivamente comunicati, tramite PEC, al Soggetto promotore;
- di essere in regola con i versamenti contributivi e assicurativi;
- di essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al T.U. n. 81/2008;





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

- di impegnarsi a individuare tra i propri lavoratori in possesso di competenze professionali adeguate e coerenti con il PFI, il tutor <Nome Tutor Soggetto Ospitante> <Cognome Tutor Soggetto Ospitante>, con data di inizio del contratto aziendale anteriore alla data di avvio del tirocinio e la scadenza posteriore alla data di fine, tipologia contratto <tipologia contratto>, data inizio <data inizio> e data fine <data fine>, per il tutoraggio del tirocinio di <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante>. In caso di assenza prolungata del tutor indicato nel progetto, si impegna a individuare un sostituto dotato di requisiti analoghi. Tale variazione deve essere comunicata per al Tirocinante e al Soggetto Promotore per il tramite del sistema informativo;
- nell'ipotesi di assenza di lavoratori in possesso dei requisiti di cui al punto che precede, di impegnarsi come Legale rappresentate dell'azienda a svolgere il tutoraggio del tirocinio di <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante> purché in possesso di un profilo professionale e/o competenze conformi per le attività previste nel PFI;
- che per il presente tirocinio rivolto a <Nome Tirocinante> <Cognome Tirocinante>, il Soggetto Ospitante <Denominazione SO>, codice fiscale <CF SO>, non riceve altri finanziamenti di origine pubblica, ed in particolare dal fondo POR FSE.

Inoltre, io sottoscritto/a <Nome Rappresentante legale> <Cognome Rappresentante legale>, <Codice fiscale Rappresentante legale>, in qualità di rappresentante legale del Soggetto Ospitante <Denominazione/Ragione sociale Impresa>, autorizzo l'ASPAL e i soggetti, anche terzi, dalla stessa incaricati, a svolgere attività di utilizzo, gestione, elaborazione e trattamento dei miei dati personali, contenuti nella documentazione fornita e/o da me inseriti nel portale informatico per le finalità di attivazione, gestione e svolgimento di attività di verifica conseguenti, ai sensi del D.Lgs.196 del 2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" (GDPR).

Datato e firmato digitalmente
dal rappresentante legale del
Soggetto Ospitante

<Nome Rappr. legale > <Cognome Rappr. legale >

Rif. documento di identità del Rappresentante legale: <Tipologia documento identità RL> numero: <numero documento identità RL> scadenza: <gg.mm.aaaa data scadenza documento identità RL>

NOTA: inserire la presente dichiarazione nell'apposita sezione del progetto di tirocinio dedicata alle dichiarazioni.

