

Allegato 1

GENERATO DALLA PROCEDURA TELEMATICA

Alla REGIONE PUGLIA
 Servizio Formazione Professionale
 Viale Corigliano, 1 - Zona Industriale
 70132 - B A R I

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 residente a _____ in Via _____ n. ____ CAP _____, comune
 _____, provincia _____, codice fiscale _____ in qualità di Legale
 Rappresentante dell'Organismo Formativo _____ con sede legale in
 _____, Via _____ n. _____ CAP _____ comune
 _____, provincia _____ codice fiscale _____ P.Iva in riferimento all' **Avviso**
per la realizzazione di una Campagna straordinaria di formazione per la diffusione della cultura della
salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi dell'art. 11, comma 7 – D.Lgs n. 81/08 in
attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20/11/2008 n. 226/CSR approvato con AD. N. del e
pubblicato nel Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. del

CHIEDE

Di poter accedere ai finanziamenti pubblici messi a disposizione per la realizzazione dei percorsi formativi di seguito specificati:

AZIONE	N. ore	n. Edizioni	Sede di svolgimento

- **A tal fine allega la seguente documentazione prevista dall'avviso:**
-
- **(menzionare ciascuno degli**

Luogo e data

Firma digitale del Legale Rappresentante

Allegato 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA [ente di formazione]
(ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. del 28/12/2000 n. 445)**

GENERATO DALLA PROCEDURA TELEMATICA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. ____ CAP _____, comune
_____, provincia _____, codice fiscale _____ in qualità di Legale
Rappresentante dell'Organismo Formativo _____ con sede legale in
_____, Via _____ n. _____ CAP _____ comune
_____, provincia _____ codice fiscale _____ P.Iva n. _____
giusti poteri conferiti con _____, domiciliato ai fini del presente atto presso la sede
dell' Organismo di formazione **ovvero**, nella sua qualità di Procuratore giusta Procura n. _____ di
repertorio _____ ai rogiti del Notaio _____, che si allega alla presente, rilasciata
dal sig. _____, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Organismo Formativo

ai fini della partecipazione all'**Avviso per la realizzazione di una Campagna straordinaria di formazione per la diffusione della cultura della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi dell'art. 11, comma 7 – D.Lgs n. 81/08 in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20/11/2008 n. 226/CSR**, e ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali, ai sensi dell'art. 76 del richiamato D.P.R. 445/00,

DICHIARA CHE

1) l'Organismo Formativo rappresentato è stato costituito con atto del....., con scadenza il

- è regolarmente iscritto nel Registro delle Imprese¹ di..... (sezione

numero REAdal (data di iscrizione).....;

- è sottoposto al regime di contabilità ordinaria;

- ha un organo di amministrazione/ovvero altro organo societario così composto:

¹ Oppure non è tenuto alla iscrizione al registro della imprese presso la CCIAA in quanto avente la seguente forma giuridica

Cognome	Nome	Nato a	Nato il	CF	Carica	dal	al

- che gli amministratori muniti di potere di rappresentanza e/o i procuratori sono:

Cognome	Nome	Nato a	Nato il	CF	Carica	dal	al

2) l'Organismo Formativo suindicato non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo (salvo il caso di cui all'articolo 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267) o di liquidazione volontaria né in stato di sospensione dell'attività commerciale;

3) l'Organismo Formativo non ha commesso violazioni gravi (ai sensi di quanto previsto in merito all'art. 38, comma 2, del d.lgs. 163/2006) alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali;

4) l'Organismo Formativo non ha usufruito di altre agevolazioni pubbliche con riferimento alle medesime attività e/o alle medesime spese oggetto del progetto in via di presentazione;

5) l'Organismo Formativo applica integralmente nei rapporti con i propri dipendenti le disposizioni del contratto collettivo nazionale di lavoro per il settore di appartenenza (CCNL per il settore.....) nonché le disposizioni del contratto collettivo territoriale (eliminare quest'ultima specifica, se non esiste contratto collettivo territoriale);

6) l'Organismo Formativo ha le seguenti posizioni assicurative:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ Codice ditta _____ sede di _____

9) l'Organismo Formativo è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge 03/12/1999 n. 68).

Dichiara, infine, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal d.lgs. n.196 del 30.6.2003, e s.m. e i., ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma digitale del Legale Rappresentante

Allegato 3**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(dichiarazione sostitutiva ai sensi ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47)

Il / la sottoscritto / a _____ nato a
_____ prov. _____ il _____ residente a
_____ prov. _____ via
_____ telefono _____ nella qualità di
..... dell'Organismo _____ con sede legale
in codice fiscale P.IVA n. ai sensi ai sensi e per gli effetti degli articoli
46 del D.P.R. 445/00, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali, ai sensi
dell'art. 76 del richiamato D.P.R. 445/00,

D I C H I A R O

Che nei miei confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della Legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del decreto legislativo n. 159 del 2011) o per l'applicazione di una delle cause ostative previste dall'art 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del 2011);

che nei miei confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno della Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale;

che nei miei confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18

Firma digitale del dichiarante

Allegato 4

REGIONE PUGLIA
Servizio Formazione Professionale

Formulario per l'Avviso Pubblico "Realizzazione di una campagna straordinaria di formazione per la diffusione della cultura della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 novembre 2008".

Sezione A – ORGANISMO FORMATIVO

Sezione B - SOGGETTO PARTNER

Sezione C – SCHEDA DELL'INTERVENTO

Sezione D - DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Sezione E – RISORSE UMANE

SEZIONE A: ORGANISMO FORMATIVO

STATO ACCREDITAMENTO

- accreditato ai sensi della DGR 195 del 31/01/2012 e s.m.i. con AD n. _____ del _____
- "accreditando" ai sensi della DGR 195 del 31/01/2012 e s.m.i. alla data di presentazione della domanda del presente avviso

ANAGRAFICA

A.1 – Denominazione e Ragione sociale: _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria).

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

A.2 – Soggetti

(legale rappresentante ecc)

Nominativo _____ Nato il: _____

Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

A.3 – Organi societari**A.4 – Referente progetto**

SEZIONE B: SOGGETTO PARTNER

ANAGRAFICA

B.1 – Denominazione e Ragione sociale soggetto partner: _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Organismo Paritetico, Ente Bilaterale, Srl, Spa, onlus, ecc):

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Sede legale del soggetto partner

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ Email _____

B.2 – SoggettiLegale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____

Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

B.3 – Attività ed esperienze del soggetto partner

Breve descrizione delle attività, dei ruoli e competenze del partner previste all'interno del progetto (max 20 righe)

Breve descrizione delle esperienze maturate nel settore della formazione professionale in materia di prevenzione e salute nei luoghi di lavoro nell'ambito del triennio 2011-2014 (quinquennio 2009 – 2014) . (max 30 righe)

B.4 – Allegato

(lettera di partenariato)

SEZIONE C: SCHEDA DELL'INTERVENTO

C.1 - - DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Compilare la seguente tabella (replicare per ogni azione formativa):

AZIONE (n. max 3)-	N. ore	Obiettivi didattici (L'allievo deve essere in grado di.....)	contenuti (L'allievo deve conoscere.....)	edizioni (n. max 5 per azione)	Data avvio prima edizione/data fine ultima edizione	Sede di svolgimento (*)

Aggiungere righe se necessario

(*)Si precisa che qualora il soggetto proponente intenda dotarsi, per lo svolgimento dell'attività formativa di "complementi temporanei" anche in una provincia o città metropolitana diversa da quella nella quale è ubicato il set minimo, questi devono essere individuati esclusivamente tra i complementi definitivi degli Organismi accreditati

SEZIONE D: DESCRIZIONE DELL'AZIONE**D.1 –Qualità e coerenza progettuale:****D.1.1 - Analisi di contesto e dei fabbisogni specifici - Soluzioni proposte e descrizione dei risultati attesi (Max 30 righe)**

Indicare i risultati attesi in termini di competenze professionali, di ricadute sul sistema della prevenzione, evidenziare gli elementi di sostenibilità dell'intervento e la trasferibilità delle metodologie e dei risultati

D.1.2 – Descrizione degli obiettivi operativi delle azioni previste (Max 30 righe per azione)

Sintetica descrizione delle singole azioni in termini di obiettivi operativi, contenuti e destinatari previsti

D.2 – Aspetti innovativi del progetto (Max 30 righe)

Sintetica descrizione delle singole azioni in termini di elementi di innovazione nelle metodologie d'intervento in funzione dei destinatari previsti

D.3 - Caratteristiche del soggetto**C:3.1 - Descrizione delle esperienze pregresse, del quadro organizzativo, delle risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto (Max 20 righe)****D.3.2 - Descrizione delle rete del partenariato che aderisce al progetto (Max 20 righe)**

SEZIONE E: RISORSE UMANE COINVOLTE PER SINGOLA AZIONE
--

G.1 - Quadro riepilogativo del gruppo di lavoro del progetto:**G.1.1 – Risorse umane interne**

N.	Nome e Cognome	Codice fiscale	Titolo di studio	Ruolo*

G.1.2 – Risorse umane esterne

N.	Nome e Cognome	Codice fiscale	Titolo di studio	Ruolo*	Esperienza <i>N. anni</i>

*Ruolo = Specificare l'attività che viene svolta dalla singola unità lavorativa all'interno di ciascuna fase attuativa del progetto

Per il personale indicato deve essere allegato il curriculum secondo quanto indicato nell'Avviso.