

Regione  
Siciliana



**DISTRETTO SOCIOSANITARIO D 13**  
**PON INCLUSIONE**

Spazio riservato al Comune Prot. n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Ai Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Adesione progetto S.I.A. (Sostegno Inclusionione Lavorativa), PON Inclusionione, annualità 2014- 2020.

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ rappresentante legale dell'azienda con

ragione sociale \_\_\_\_\_ Forma giuridica \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ sede/i operativa/e: \_\_\_\_\_

Visto l'avviso pubblico del \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere disponibile ad ospitare n. \_\_\_\_\_ tirocinanti nella propria sede operativa di: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_, finanziati dal Progetto "Sostegno inclusionione attiva" (S.I.A.)" finanziati dal Fondo Sociale Europeo(FSE), programmazione 2014/2020 del PON inclusionione, indetto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Direzione Generale per l'inclusionione e le politiche sociali);

- di essere iscritto nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

per la tipologia dell'attività \_\_\_\_\_

- di avere in carico n. \_\_\_\_\_ dipendenti, come da calcolo dell'U.L.A. (Decreto Ministero Attività Produttive del 18.4.2005);

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Legale Rappresentante

Regione  
Siciliana



## **DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 13** **PON INCLUSIONE**

### **CARATTERISTICHE DEL TIROCINIO AREA AZIENDALE:**

*(specificare il/i profili professionali per il quale si intende avviare il tirocinio inserendo una x nell'apposita casella)*

Amministrazione/Finanza;  Produzione;  Comunicazione e pubblicità;  Logistica/magazzino

Trasporti;  Commerciale e vendita;  Segreteria;  Informatica;  Assistenza clienti

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Descrizione della/e attività e compiti principali per i quali si intende ospitare il /i tirocinanti:

---

---

---

Per quanto sopra, dichiara di essere consapevole che

- le esperienze di tirocinio che i datori di lavoro intrattengono con i soggetti da essi ospitati non costituiscono rapporto di lavoro; l'attivazione di un tirocinio formativo non può essere sostitutiva di manodopera aziendale o di prestazione professionale; sarà predisposto un progetto formativo e di orientamento per ciascun tirocinio contenente gli obiettivi e le modalità di svolgimento dello stesso; il tirocinio è finanziato dal **progetto S.I.A.** (rimborso spese per ogni tirocinante, polizze RC civile e INAIL) per la durata massima di mesi 6.

A conclusione del tirocinio il soggetto ospitante ha libera facoltà di assumere il/i tirocinante/i risultato/i idoneo/i allo svolgimento dell'attività lavorativa proposta.

Con la firma del presente modulo il soggetto ospitante acconsente: - al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003, essendo consapevole del fatto che i dati forniti per l'attivazione dei Tirocini Formativi e di Orientamento verranno trattati per le seguenti finalità: attivazione, monitoraggio e ogni altra procedura relativa, collegate all'istruttoria dei Tirocini Formativi e di Orientamento, nell'ambito del Progetto "Sostegno inclusione attiva" (S.I.A.)

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Legale Rappresentante