

Allegato 2.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
[Organismo Proponente]
(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 pec....., e-mail..... cell..... in qualità di Amministratore e/o Legale Rappresentante **ovvero**, nella sua qualità di Procuratore - giusta Procura n. ___ di repertorio al rogito Notaio, che si allega alla presente - dell'organismo, con sede legale in, via, n., codice fiscale e, P.Iva, ai fini della partecipazione all' "Avviso n./2018 – OPERATORE SOCIO SANITARIO Protocollo d'Intesa dell'11aprile 2016 e integrazione del 20 luglio 2016", ed 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 L'ORGANISMO

- 1) è stato costituito con atto del _____ con scadenza il _____;
- 2) E' regolarmente inserito nell'Elenco regionale degli Organismi Formativi Accreditati dalla Regione Puglia, ex DGR n. 195 del 31/01/2012 (sezione _____) cod. n. _____ dal (data di iscrizione) _____;
- 3) E' regolarmente iscritto nel Registro delle Imprese ¹di..... (sezione) numero REAdal (data di iscrizione).....;
- 4) E' sottoposto al regime di contabilità ordinaria;

5) ha un organo amministrativo così composto (aggiungere righe se necessario):

Cognome	Nome	Nato a	Nato il	CF	Carica	dal	Al

6) che gli amministratori **muniti di potere di rappresentanza e/o i procuratori** sono (aggiungere righe se necessario):

Cognome	Nome	Nato a	Nato il	CF	Carica	dal	Al

- 7) 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 e non ha in corso alcun procedimento accertativo di tali situazioni;
- 8) è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili previste dalla L. 68/1999, art. 17;
- 9) non ha usufruito di altre agevolazioni pubbliche con riferimento alle medesime attività e/o alle medesime spese oggetto del progetto in via di presentazione;
- 10) non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'articolo all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 e s.m.ei.;
- 11) è in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e assistenziale e applica al personale dipendente il CCNL di categoria;

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

- 12) è in regola in materia di imposte e tasse;
- 13) è in regola con la normativa edilizia ed ambientale;
- 14) è in regola con le norme di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro previste dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
- 15) di possedere adeguata capacità amministrativa, operativa e finanziaria ai fini dell'attuazione della proposta progettuale;
- 16) l'Organismo Formativo in passato (*scegliere una delle seguenti tre opzioni*):
- ha ottemperato alle procedure di cui è stato destinatario
 - non ha ottemperato alle procedure di cui è stato destinatario
 - non è stato destinatario di procedure di ricollocazione
- 17) l'Organismo Formativo ha le seguenti posizioni assicurative:
- INPS _____ Matricola _____ sede di _____
 - INAIL _____ Codice ditta _____ sede di _____
- 18) 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 del Regolamento (UE) 679/2016 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Firma digitale del Legale Rappresentante