

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 n.1/2014 – RIQUALIFICAZIONE OPERATORE SOCIO SANITARIO**, 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 così composto:

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

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

- 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 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
- 8) 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