|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BANDO VOUCHER A FAVORE DELLE IMPRESE PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E PER L’ORIENTAMENTO E PER LA CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE - Anno 2023** |  |
|  | **MODULO DI DOMANDA** |  |

**ALLA CAMERA DI COMMERCIO DELLA TOSCANA NORD OVEST**

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome: | Nome: |
| Cod. fiscale: | |

*In qualità di:*

Titolare/Legale rappresentante dell’impresa

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione: | |
| Dati impresa: | Cod.fiscale: |
| e-mail (non PEC) dell’azienda |  |
| Persona Interna all’azienda | Sig./Sig.ra n. di telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Email : |

**CHIEDE**

la concessione di un contributo massimo complessivo pari a €............................................. di cui al “**Bando voucher a favore delle imprese per la realizzazione di percorsi per le competenze trasversali e per l’orientamento e per la certificazione delle competenze – 2023**” – relativo alle seguenti tipologie e/interventi (ai sensi dell’art. 5 del bando):

1. **PCTO finalizzati alla certificazione della Camera di Commercio per le competenze acquisite - art. 5 punto 1) del Bando**

(*in caso di più PCTO duplicare la tabella per ognuno)*

|  |  |
| --- | --- |
| **PCTO n.1** | |
| **dati studente** | nome ………………  cognome ……………………… |
| periodo presso il soggetto ospitante  (anni scolastici 2022-2023 e 2023-2024) | n. ore ……….  dal …………… al …………….. |
| studente diversamente abile \* |  SI  NO  *(indicare se studente con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92)* |
| sede/unità locale/domicilio professionale  in cui si è realizzato il PCTO | Via…………………….………………n. ……….  Comune ……………………………… Prov. …….. |
| **Istituto scolastico con cui si è stipulata la convenzione** | *(indicare denominazione e sede dell’Istituto scolastico)* |

**Contributo richiesto sulla singola misura € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2) PCTO realizzati in convenzione con istituti scolastici secondari di 2° grado - art. 5 punto 2) del Bando**

(*in caso di più PCTO duplicare la tabella per ognuno)*

|  |  |
| --- | --- |
| **PCTO n.1** | |
| **dati studente** | nome ………………  cognome ……………………… |
| periodo presso il soggetto ospitante  (periodo ammissibile 1/1/2023 fino a data domanda)  (durata minima ammissibile: 40 ore) | n. ore ……….  dal …………… al …………….. |
| studente diversamente abile \*  \* ammissibili anche percorsi di durata inferiore alle 150 ore |  SI  NO  *(indicare se studente con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92)* |
| sede/unità locale/domicilio professionale  in cui si realizza lo stage/tirocinio | Via…………………….………………………. n. ……….  Comune ……………………………………. Prov. …….. |
| **Istituto scolastico con cui si è stipulata la convenzione** | *(indicare denominazione* *e sede del Centro di formazione professionale )* |

**Contributo richiesto sulla singola misura €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3) Stage formativi o tirocini curriculari presso IFTS o CFP accreditati dalla Regione Toscana - art. 5 punto 3) del Bando**

(*in caso di più stage/tirocini duplicare la tabella per ognuno)*

|  |  |
| --- | --- |
| **STAGE/TIROCINIO n.1** | |
| **dati studente** | nome ………………  cognome ……………………… |
| periodo presso il soggetto ospitante  (periodo ammissibile 1/1/2023 fino a data domanda)  **(durata minima ammissibile: 150 ore)** | n. ore ……….  dal …………… al …………….. |
| studente diversamente abile \*  \* ammissibili anche percorsi di durata inferiore alle 200 ore |  SI  NO  *(indicare se studente con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92)* |
| sede/unità locale/domicilio professionale  in cui si realizza lo stage/tirocinio | Via…………………….……………. n. ……….  Comune …………………………. Prov. …….. |
| **Istituto di Formazione Tecnica Superiore o Centro di Formazione Professionale con cui si è stipulata la convenzione** | *(indicare denominazione e sede del IFTS o CFP*) |

**Contributo richiesto sulla singola misura €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4) Stage formativi o tirocini curriculari post diploma svolti presso Istituto Tecnico Superiore della Regione Toscana art. 5 punto 4) del Bando**

(*in caso di più stage/tirocini duplicare la tabella per ognuno)*

|  |  |
| --- | --- |
| **STAGE/TIROCINIO n.1** | |
| **dati studente** | nome ………………  cognome ……………………… |
| periodo presso il soggetto ospitante  (periodo ammissibile 1/1/2023 fino a data domanda)  **(durata minima ammissibile: 200 ore)** | n. ore ……….  dal …………… al …………….. |
| studente diversamente abile \*  \* ammissibili anche percorsi di durata inferiore alle 150 ore |  SI  NO  *(indicare se studente con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92)* |
| sede/unità locale/domicilio professionale  in cui si realizza lo stage/tirocinio | Via…………………….………………………. n. ……….  Comune ……………………………………. Prov. …….. |

**Contributo richiesto sulla singola misura €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

***(*dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà – art. 47 DPR 28.12.2000 n. 445*)***

* Di aver preso visione e compreso il “**Bando voucher a favore delle imprese per la realizzazione di percorsi per le competenze trasversali e per l’orientamento e per la certificazione delle competenze - anno 2023**”
* Che l’impresa non è sottoposta a liquidazione e/o a procedure concorsuali quali fallimento, amministrazione controllata, amministrazione straordinaria, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, scioglimento volontario, piano di ristrutturazione dei debiti o in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la normativa vigente;
* di essere consapevole che il seguente indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, già indicato nell’anagrafica della domanda telematica WebTelemaco costituisce domicilio speciale ai fini della procedura e tramite cui verranno pertanto gestite tutte le comunicazioni successive all’invio della domanda;
* di non avere debiti scaduti verso la Camera di Commercio Toscana Nord-Ovest, l’azienda speciale Istituto Studi e Ricerche, società controllate Lucca In-Tec srl e Lucca Promos srl e la sua Fondazione di partecipazione Innovazione e sviluppo delle imprese;
* che non hanno rappresentanti legali, amministratori o direttori condannati, salvo intervenuta riabilitazione, con sentenza passata in giudicato, per reati contro la pubblica amministrazione e contro la fede pubblica;
* che tutta la documentazione allegata è conforme agli originali;
* di avere acquisito il consenso al trattamento dei dati personali dagli studenti ospitati, o da chi ne esercita la potestà genitoriale ivi compreso per la trasmissione di tali dati alla Camera di Commercio della Toscana Nord Ovest per le finalità relative al bando in oggetto;
* di ospitare lo/gli studenti dei PCTO/stage/tirocini presso la/e sede/i legale o operativa/e o domicilio/i professionale/i localizzato/i nella provincia di Lucca, Pisa e Massa Carrara.

Di essere in possesso del rating di legalità: ☐ SI ☐ NO

**DICHIARA INOLTRE**

al fine di ottemperare a quanto disposto dall’Art. 3, comma 7 L. 136/2010, di avvalersi del seguente **conto corrente dedicato** per tutte le commesse pubbliche o concessioni di finanziamenti della Camera di Commercio della Toscana Nord Ovest:

Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codici di riscontro: ABI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acceso presso Banca (Denominazione completa)/Poste Italiane\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA,** inoltre, i dati identificativi delle persone fisiche delegate ad operare sul conto suddetto:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA AI FINI PREVIDENZIALI**

1. □ che nei confronti dell’impresa/proprio non sono state accertate violazioni alle norme in materia di contributi assistenziali e previdenziali;

□che nei confronti dell’impresa/proprio sono state accertate le seguenti violazioni alle norme in materia di contributi assistenziali e previdenziali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. □ di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali ed assicurativi.
2. Nr posizione INPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Gestione soci/impresa/separata);
3. Tipo Cassa Previdenziale autonoma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;Nr posizione:\_\_\_\_\_\_\_ sede:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Nr posizione INAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. Contratto collettivo Nazionale Applicato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa Privacy di cui all'art. 14 del Bando, rilascia il proprio consapevole consenso al trattamento dati per le finalità indicate per poter partecipare alla procedura.

**Quanto invece all'interesse nel ricevere informazioni su corsi/seminari/convegni/ e notizie di interesse generale per le imprese da parte della Camera di Commercio Toscana Nord Ovest, lo scrivente:**

**☐ NEGA                                                 ☐ RILASCIA**

**il consenso al trattamento dei propri dati personali.**

**SI IMPEGNA A**

- comunicare tempestivamente alla Camera di commercio ogni eventuale variazione relativa all’intervento rispetto a quanto indicato in domanda secondo le modalità indicate nell’art. 10 del Bando.

**ALLEGA**

* ALLEGATO A, copia della convenzione sottoscritta tra l’Istituto scolastico, l’ITS, l’IFTS titolare di un percorso formativo ed il soggetto ospitante che individui in modo chiaro il cognome e nome dello studente e la durata dello stage
* ALLEGATO B foglio presenze firmato dallo studente e dal rappresentante legale dell’azienda ospitante

Data ……………………………………

DA **FIRMARE DIGITALMENTE** A CURA DEL RICHIEDENTE

*(LA DOMANDA CON FIRMA AUTOGRAFA SARÀ CONSIDERATA INAMMISSIBILE AI SENSI DELL’ART. 7 DEL BANDO)*

**L’intero documento deve risultare compilato editando il documento di testo. Il documento deve essere firmato digitalmente dopo averlo salvato in formato Word oppure PDF.**

**NON COMPILARE A MANO**