

REGIONE ABRUZZO Dipartimento DPG Lavoro-Sociale
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)
Programma GOL, Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(da compilare esclusivamente in formato elettronico)

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

[illegible]

in qualità di (*selezionare l'opzione*):

- ☐ Legale Rappresentante
- ☐ Delegato dal Legale Rappresentante con delega allegata alla presente domanda di partecipazione

del soggetto (*Denominazione completa*)

- ☐ Organismo di Formazione¹ codice di accreditamento _____
- ☐ Agenzia per il Lavoro codice di accreditamento _____

con sede legale in _____ (), indirizzo completo _____

Partita IVA _____, Codice fiscale _____

individuato come Soggetto Capofila

- ☐ della ATS già costituita in data successiva alla pubblicazione dell'Avviso e denominata _____, come da atto costitutivo allegato alla candidatura;
- ☐ della costituenda ATS denominata _____, come da allegato D alla candidatura;

CHIEDE

con riferimento all'Avviso pubblico n. 5 di GOL per la realizzazione di interventi di politiche attive per i beneficiari del Percorso 5, **di essere ammesso alla procedura di selezione** e, a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che in caso di dichiarazione mendace o non conforme al vero incorrerà nelle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo decreto,

DICHIARA

a) che il soggetto da lui rappresentato:

- è già inserito nel Catalogo dei Soggetti Realizzatori del programma GOL;
- ha già trasmesso alla Regione Abruzzo la dichiarazione relativa al Titolare effettivo²;
- ha già trasmesso alla Regione Abruzzo la dichiarazione relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari²;
- ha già trasmesso alla Regione Abruzzo la dichiarazione relativa al rispetto dei principi del PNRR²;

¹ Selezionare la ricorrenza di interesse. Se il Soggetto capofila ha l'accreditamento sia come Organismo di Formazione che Agenzia per il Lavoro, selezionare la ricorrenza utile per la candidatura come Capofila.

² Qualora non già trasmessi, il soggetto Capofila è tenuto a provvedere prima della presentazione della candidatura. I documenti devono essere trasmessi all'indirizzo dpg026@pec.regione.abruzzo.it

- ha preso visione e accetta integralmente le disposizioni previste dall'Avviso;
 - non versa in situazione di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo o altra situazione liquidatoria, anche volontaria (salve le eccezioni di legge);
 - è in regola con gli obblighi di cui alla legge 68/99;
 - non è inserito in altra ATS che si candida sul medesimo Avviso, né in qualità di capofila, né in qualità di componente;
 - non partecipa alla medesima ATS con un diverso codice di accreditamento;
 - non ha concesso in uso la propria sede accreditata/aule/laboratori ad altro soggetto per il periodo di realizzazione delle attività per le quali si candida;
- b) che per il soggetto da lui rappresentato l'accreditamento regionale non risulta sospeso o revocato;
- c) che, con riferimento al soggetto da lui rappresentato, gli amministratori o chiunque munito di potere di rappresentanza, incluso lo stesso sottoscrittore, non abbiano subito condanne definitive dell'A.G. penale per delitti non colposi (fatto salvo l'intervento di riabilitazione) o non siano sottoposti alle misure di prevenzione od ostative previste rispettivamente all'art. 6 ed all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011;
- d) che, in caso di ATS costituenda, si impegna a costituire l'ATS nel rispetto della tempistica prevista dall'Avviso;
- e) di essere consapevole che è obbligato, e in tal senso si impegna, al rispetto di tutta la disciplina, le procedure e gli adempimenti previsti dall'Avviso e dalle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali, nonché da atti di natura integrativa o interpretativa delle medesime disposizioni. In particolare dichiara di essere consapevole dell'obbligo di rispettare il divieto di doppio finanziamento;
- f) che l'ATS è composta da un numero di componenti pari a ____, escluso il Capofila, e che ciascun componente ha rilasciato apposita autodichiarazione allegata alla candidatura;
- g) che per le attività formative, se previste, le sedi utilizzate sono le seguenti *(fornire indirizzo completo e indicare se si tratta di sede propria o propria di componente dell'ATS ovvero di sede complementare o laboratorio esterno aziendale)*:
- Sede 1 formazione teorica: _____
 - Sede 2 formazione teorica: _____
 - ...
 - Sede 1 formazione laboratoriale: _____
 - Sede 2 formazione laboratoriale: _____
 - ...
- h) che, nel caso siano utilizzate sedi Complementari, si trasmette tutta la documentazione richiesta (Convenzione e documenti allegati) resa ai sensi dell'art. 35 del Disciplinare di accreditamento, come modificato con DGR n. 29 del 18 gennaio 2024;
- i) che per le attività di ricollocazione, se previste, le sedi utilizzate sono:
- Agenzia per il Lavoro _____, sede di (indicare il comune) _____;
- Agenzia per il Lavoro _____, sede di (indicare il comune) _____;

...

j) di aver preso visione della Informativa sulla privacy pubblicata al seguente indirizzo:
<https://www.regione.abruzzo.it/content/informativa-sulla-privacy>;

k) che nell'ambito delle attività assume il ruolo di capofila e contribuisce come segue a massimizzare l'impatto delle attività:

caratteristiche/specializzazioni del soggetto che rappresenta:

contributo e valore aggiunto del soggetto che rappresenta alla qualificazione della ATS:

l) che, con riferimento alla partecipazione ad iniziative di gestione di crisi aziendali:

☐ il soggetto rappresentato non ha esperienza in tali iniziative;

☐ il soggetto rappresentato ha una esperienza di durata pari a mesi ____

(Se è stata indicata esperienza nella gestione di crisi aziendali)

Indicare il tipo di esperienza, con quali aziende e per quale tipologia di crisi, il ruolo svolto, il periodo (dal/al) e **quali documenti probatori di tali esperienze sono disponibili presso la propria sede** che possono essere messi a disposizione della Regione in sede di verifica *(In assenza di informazioni utili l'esperienza non potrà essere considerata)*:

Si autorizza il trattamento dati ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) 2016/679 per le finalità relative al Programma GOL e per tutte le finalità del Dipartimento DPG della Regione Abruzzo.

Luogo e data _____

(Da sottoscrivere esclusivamente con firma digitale del legale rappresentante del soggetto capofila)

MACRO ATTIVITA'	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Avvio attività									
Organizzazione attività e sedi									
Erogazione corso 1									
Erogazione corso 2									
Erogazione corso n									
...									
...									
Accompagnamento al lavoro e IDO									
Conclusione attività									



REGIONE ABRUZZO Dipartimento DPG Lavoro-Sociale
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) - Programma GOL, Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori

ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE

Per ogni corso di formazione, di gruppo o individuale/individualizzato, occorre dare evidenza del titolo, delle ore, del numero di allievi e dell'indirizzo della sede di erogazione dell'attività formativa. L'indirizzo deve essere completo di Via, numero civico, comune e provincia. Si ricorda che per ogni sede indicata è necessario allegare apposita certificazione ACI comune/comune scaricabile dal sito: <https://www.aci.it/i-servizi/servizi-online/attestazione-distanze-chilometriche.html>

Duplicare i riquadri se necessario

Corso 1

Titolo

Nr. ore

Nr. Allievi

Indirizzo sede di erogazione teorica

Tipologia di sede (propria del Capofila/di un componente dell'ATS o complementare)

Indirizzo sede di erogazione laboratorio

Tipologia di sede (propria del Capofila/di un componente dell'ATS o complementare specificando se aziendale)

Corso 2

Titolo

Nr. ore

Nr. Allievi

Indirizzo sede di erogazione teorica

Tipologia di sede (propria del Capofila/di un componente dell'ATS o complementare)

Indirizzo sede di erogazione laboratorio

Tipologia di sede (propria del Capofila/di un componente dell'ATS o complementare specificando se aziendale)

Corso n

Titolo



REGIONE ABRUZZO Dipartimento DPG Lavoro-Sociale
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) - Programma GOL, Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori

Nr. ore

Nr. Allievi

Indirizzo sede di erogazione teorica

Tipologia di sede (propria del Capofila/di un componente dell'ATS o complementare)

Indirizzo sede di erogazione laboratorio

Tipologia di sede (propria del Capofila/di un componente dell'ATS o complementare specificando se aziendale)

Per ogni corso di formazione, di gruppo o individuale/individualizzato, occorre dare evidenza delle UC e dei docenti individuati. Per questi sarà necessario indicare fascia e ore di docenza assegnate nell'ambito della singola UC. La tabella è compilata con dati esemplificativi da cancellare.

Aggiungere righe se necessario

N. Corso	N. ore/corso	N. Allievi	UC	N. ore/UC	Nome docente	Cognome docente	Fascia	Ore/docente/UC
1	110	10	Posizionare e cablare quadri e	60	Pippo1	Pippo2	B	30
1	110	10	Posizionare e cablare quadri e	60	Pluto1	Pluto2	A	30
1	110	10	Verificare e collaudare impiant	30	Pluto1	Pluto2	A	30
1	110	10	Svolgere la manutenzione ord	20	Paperino1	Paperino2	B	10
1	110	10	Svolgere la manutenzione ord	20	Pippo1	Pippo2	B	10
2	100	5	Condurre le macchine utensili	100	Paperone1	Paperone2	A	70
2	100	5	Condurre le macchine utensili	100	Minni1	Minni2	B	30
3	40	3	Manutenere impianti di produz	40	Pluto1	Pluto2	A	40

¹ Ogni componente è tenuto alla sottoscrizione di una Autodichiarazione

- è in regola con gli obblighi di cui alla legge 68/99;
 - se agenzia per il lavoro, non è inserito in altra ATS che si candida sul medesimo Avviso, né in qualità di capofila, né in qualità di componente;
 - se agenzia per il lavoro, laddove accreditato anche in qualità di organismo di formazione, non si è candidato come capofila per la medesima ATS;
- b) che, se agenzia per il lavoro, per il soggetto da lui rappresentato l'accreditamento non risulta sospeso o revocato;
- c) che, con riferimento al soggetto da lui rappresentato, gli amministratori o chiunque munito di potere di rappresentanza, incluso lo stesso sottoscrittore, non abbiano subito condanne definitive dell'A.G. penale per delitti non colposi (fatto salvo l'intervento di riabilitazione) o non siano sottoposti alle misure di prevenzione od ostative previste rispettivamente all'art. 6 ed all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011;
- d) che, in caso di ATS costituenda, si impegna a costituire l'ATS nel rispetto della tempistica prevista dall'Avviso;
- e) di essere consapevole che è obbligato, e in tal senso si impegna, al rispetto di tutta la disciplina, le procedure e gli adempimenti previsti dall'Avviso e dalle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali, nonché da atti di natura integrativa o interpretativa delle medesime disposizioni. In particolare dichiara di essere consapevole dell'obbligo di rispettare il divieto di doppio finanziamento;
- f) di aver preso visione della Informativa sulla privacy pubblicata al seguente indirizzo:
<https://www.regione.abruzzo.it/content/informativa-sulla-privacy>;
- g) che nell'ambito degli interventi previsti contribuisce come segue a massimizzare l'impatto delle attività: caratteristiche/specializzazioni del soggetto che rappresenta:

contributo e valore aggiunto del soggetto che rappresenta alla qualificazione della ATS:

- h) che, con riferimento alla partecipazione ad iniziative di gestione di crisi aziendali:

- ☐ il soggetto rappresentato non ha esperienza in tali iniziative;
- ☐ il soggetto rappresentato ha una esperienza di durata pari a mesi ____

(Se è stata indicata esperienza nella gestione di crisi aziendali)

Indicare il tipo di esperienza, con quali aziende e per quale tipologia di crisi, il ruolo svolto, il periodo (dal/al) e **quali documenti probatori di tali esperienze sono disponibili presso la propria sede** che possono essere messi a disposizione della Regione in sede di verifica *(In assenza di informazioni utili l'esperienza non potrà essere considerata)*:

Allegato 4_Autodichiarazione dei componenti

Si autorizza il trattamento dati ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) 2016/679 per le finalità relative al Programma GOL e per tutte le finalità del Dipartimento DPG della Regione Abruzzo.

Luogo e data _____

(Da sottoscrivere esclusivamente con firma digitale del legale rappresentante)

(ripetere lo schema per ogni esperienza rilevante)

Abilità linguistiche (se rilevanti ai fini della verifica del possesso dei requisiti di fascia)

- Lingua _____ (precisare la lingua e il livello di conoscenza)
- Eventuale certificazione _____ (titolo e livello, ente che lo ha rilasciato, data di rilascio della certificazione)

Abilità informatiche (se rilevanti ai fini della verifica del possesso dei requisiti di fascia)

Sistemi operativi utilizzati e livello di conoscenza (livello base utente, esperto):

Applicativi utilizzati e livello di conoscenza (livello base utente, esperto):

Linguaggi utilizzati e livello di conoscenza (livello base utente, esperto)

Eventuali certificazioni (titolo e livello, ente che lo ha rilasciato, data di rilascio della certificazione)

Ulteriori informazioni coerenti che si ritiene fondamentale evidenziare ai fini della corretta valutazione dell'esperienza

Si autorizza il trattamento dati ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) 2016/679 per le finalità relative al Programma GOL e per tutte le finalità del Dipartimento DPG della Regione Abruzzo.

Data _____

Firma _____

Allegare copia fronte retro di valido documento di identità se NON sottoscritto con firma digitale

(da compilare esclusivamente in formato elettronico)

con codice di accreditamento regionale (se OdF o APL)

(duplicare il punto 2 se necessario)

con riferimento alla procedura di cui al Percorso 5 Ricollocazione collettiva Programma GOL PNRR

- di impegnarsi a costituirsi formalmente in ATS entro 15 giorni dalla pubblicazione degli esiti e di trasmettere l'atto costitutivo entro i successivi 5 giorni all'indirizzo PEC dpg026@pec.regione.abruzzo.it;
- di concordare nell'assegnare il ruolo di capofila dell'ATS denominata _____ al soggetto _____;
- di assicurare che l'ATS sarà costituita secondo le modalità indicate dall'Avviso e che l'atto di costituzione dell'ATS conterrà tutti gli elementi minimi individuati dall'Avviso all'art. 6.5.

¹ Se Delegato dal Legale Rappresentante allegare Delega

Allegato 6_Dichiarazione di intenti alla costituzione della ATS

Si autorizza il trattamento dati ai sensi del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) 2016/679 per le finalità relative al Programma GOL e per tutte le finalità del Dipartimento DPG della Regione Abruzzo.

Luogo e data _____

(Da sottoscrivere esclusivamente con firma digitale dei legali rappresentanti)