A pena di esclusione, la presente dichiarazione deve essere firmata, datata e redatta in carta intestata o recare un timbro leggibile.

IN CASO DI ATI/ATS, L’ALLEGATO DEVE ESSERE PRODOTTO E COMPILATO DAL SOLO CAPOFILA. LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE I REQUISITI DEVE ESSERE CARICATA A SISTEMA DA TUTTI I COMPONENTI L’ATI/ATS.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, legale rappresentante (o persona delegata dal legale rappresentante) di (*inserire denominazione*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste all’articolo 76 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché informato di quanto previsto dal Regolamento EU sulla privacy (679/2016/UE), di essere stato delegato quale Attuatore del Piano formativo *PF* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a valere sull’Avviso\_\_\_\_\_\_\_\_, Asse\_\_\_ in qualità di:

* Soggetto Attuatore Interno;
* Soggetto Attuatore esterno;
* Mandatario della costituita ATI/ATS, composta dai seguenti Enti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*inserire elenco completo con denominazione e C.F.*), nelle modalità previste dall’Avviso di riferimento;
* Mandatario della costituenda ATI/ATS, composta dai seguenti Enti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*inserire elenco completo con denominazione e C.F.*), nelle modalità previste dall’Avviso di riferimento;
* Consorzio tra Enti formativi costituito ai sensi dell’Art. 2602 del Codice Civile in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con atto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tra i seguenti Enti formativi in possesso dell’Accreditamento rilasciato dalle Regioni:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Enti facenti parte del Consorzio** | **Regione di Accreditamento** | **DGR** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Ente di cui art. 1 Legge 40/1987;

**DICHIARA INOLTRE**

* di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, cessazione di attività o concordato preventivo e/o in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio Stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle suddette situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell’ultimo quinquennio;
* Di non avere pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che abbia determinato l’incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* di non aver violato obblighi applicabili in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di diritto ambientale, sociale e del lavoro;
* di non avere procedimenti in corso per i delitti di cui al Libro II, Titolo V, Art. 416bis del Codice Penale;
* che a proprio carico non sussistono cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo Decreto;
* di applicare integralmente il CCNL di categoria stipulato da Organizzazioni Datoriali e Sindacali comparativamente rappresentative a livello nazionale;
* di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, assistenziali e assicurativi a favore dei lavoratori;
* di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio Stato;
* Di essere in possesso dei seguenti indicatori di performance (in caso di ATI/ATS solo la mandataria):

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatore da Avviso** | **Performance dichiarata** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Ai fini della corretta compilazione si invita a riportare correttamente la dicitura prevista nelle Griglie di valutazione quantitativa dell’Avviso sul quale viene presentato il Piano.*

* Di possedere i seguenti requisiti:
* Accreditato presso la Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DGR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere in possesso della Certificazione di qualità in base alla norma UNI EN ISO 9001:2015 Settore EA37 rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con scadenza in data \_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA INFINE**

* di conoscere le regole e i parametri assunti dal Fondo per il riconoscimento del finanziamento accordato;
* di essere consapevole del fatto che il Fondo potrà disporre verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
* di essere a conoscenza che il periodo previsto di conservazione della documentazione inerente al Piano formativo, è di 10 anni dalla data di erogazione del saldo e che tale documentazione dovrà essere resa disponibile per i controlli operati da parte di For.Te. o, per suo tramite, dall’Autorità vigilante. Detta documentazione dovrà essere conservata in originale, in formato cartaceo o secondo le modalità previste per la conservazione sostitutiva certificata, nel rispetto della normativa applicabile;
* di aver letto e compreso la Privacy Policy e l’Informativa privacy PGA, CIA e ACRF del Fondo, disponibili nella sezione dedicata del sito [www.fondoforte.it](http://www.fondoforte.it);

Si allegano alla dichiarazione: *fotocopia del documento di identità in corso di validità del Rappresentante legale del soggetto Presentatore e del delegato*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data |  | Firma del L.R. del soggetto Attuatore |
|  |  |  |