

Marca  
da  
bollo

All. "E"

## DOMANDA

DI ACCREDITAMENTO ALLO SVOLGIMENTO DI SERVIZI AL LAVORO

E

DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE - SEZIONE PROVINCIALE  
(Soggetto privato)

RACCOMANDATA A.R.

Alla Provincia di

Eliminato: Settore

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_  
In qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
Capitale sociale € \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
Via e n. civico \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_  
Partita IVA n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

A) L'accREDITamento della \_\_\_\_\_ allo  
svolgimento dei seguenti servizi al lavoro: ▼

Eliminato: (barrare la voce che  
interessa)

- a) orientamento
- b) servizi di incontro fra domanda e offerta di lavoro

- c) monitoraggio dei flussi del mercato del lavoro ÿ
- d) sostegno alla mobilità geografica dei lavoratori ÿ
- e) altro (indicare quale) \_\_\_\_\_

B) di essere iscritta, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 144 del regolamento regionale, emanato con D.P.G.R. 8.8.2003 n. 47/R e successive modificazioni, all'Elenco regionale dei soggetti accreditati a svolgere servizi al lavoro.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità,

### D I C H I A R A

- Che la \_\_\_\_\_

1) è stata costituita in data \_\_\_\_\_;

**2) Per le società:**

2a) è iscritta al registro delle imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ (o copia della ricevuta di richiesta di iscrizione)

Eliminato: (barrare la voce che interessa)

Eliminato: ÿ

2b) ha richiesto l'iscrizione nel registro delle imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Eliminato: ÿ

3) **Per le associazioni:** è iscritta nel seguente Albo: \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

4) ha nella Provincia di \_\_\_\_\_ la/le seguente/i unità operativa/e:

(Provincia) \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(Provincia) \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(Provincia) \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Provincia)

(Comune)

Via/Piazza

n.

- 5) il personale addetto alle attività sopra indicate dispone di adeguate competenze professionali, corrispondenti a quelle previste dall'art. 130 del Regolamento regionale, emanato con D.P.G.R. 8.8.2003 n. 47/R e successive modificazioni;
- 6) provvederà entro 60 giorni dalla data del provvedimento di accreditamento alla interconnessione con la borsa continua nazionale del lavoro di cui all'art.124 del Regolamento regionale, emanato con D.P.G.R. 8.8.2003 n. 47/R e successive modificazioni, attraverso il nodo regionale, nei tempi e con le modalità stabilite dalla Giunta Regionale;
- 7) provvederà a comunicare alla Regione gli spostamenti di sede, l'apertura di filiali o succursali, la cessazione dell'attività, ogni informazione relativa al funzionamento del mercato del lavoro e tutte le informazioni richieste dalla Regione;
- 8) di essere a conoscenza delle disposizioni previste a tutela del diritto dei lavoratori ad autorizzare la diffusione dei propri dati.

Eliminato: ¶

Si allega la seguente documentazione:

- a) atto costitutivo e statuto della società o associazione;
- b) elenco nominativo, data di nascita e codice fiscale degli amministratori, dei sindaci e dei direttori in carica, con l'indicazione degli amministratori e dirigenti che hanno la rappresentanza dell'Agenzia e delle altre persone che in forza di mandato generale hanno la firma sociale;
- c) certificato generale, rilasciato dal casellario giudiziale, degli amministratori, dei direttori generali, dei dirigenti muniti di rappresentanza e dei soci accomandatari;
- d) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (All. 1), redatt a secondo il modello allegato e sottoscritta dal legale rappresentante relativa alla organizzazione tecnico professionale e alla idoneità dei locali;
- e) Visura aggiornata della Camera di Commercio o ricevuta di richiesta di iscrizione alla Camera di Commercio (se la società è di nuova costituzione);
- f) Planimetria dell'unità organizzativa principale e di ogni unità organizzativa periferica per la quale è presentata la richiesta.

**Informativa della Provincia ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

I dati personali relativi alla presente domanda saranno trattati allo scopo di verificare i requisiti necessari per la concessione dell'accreditamento allo svolgimento dei servizi al lavoro previsti dal regolamento emanato con D.P.G.R. 8.8.2003 n. 47/R, e successive modificazioni e confluiranno in un archivio informatico, di cui è titolare l'Amministrazione che rilascia il provvedimento.

Secondo quanto previsto dalla normativa, il trattamento di tali dati, che avverrà con modalità manuale e informatizzata, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.

I dati personali relativi a: nome azienda, sedi, codice fiscale, attività accreditate, l'organigramma aziendale, recapito telefonico e fax, e -mail, orari di apertura al pubblico ed estremi del provvedimento di accreditamento saranno comunicati ai soggetti indicati dalla vigente normativa e saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana nonché sui siti web della Provincia e della Regione Toscana.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente responsabile del procedimento.

Gli incaricati sono individuati nei dipendenti assegnati all'ufficio del responsabile.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento o del responsabile, ai sensi dell'articolo 7 del Decreto Legislativo 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
(Allegare fotocopia non autenticata del documento  
d'identità del dichiarante in corso di validità)

Riferimento per informazioni aggiuntive (persona da contattare):

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

**NOTE: la presente deve essere compilata a macchina o a carattere stampatello e deve essere presentata mediante lettera raccomandata, corre data da un supporto informatico nel quale è riprodotta la domanda e la documentazione.**

**Allegato 1 alla domanda di accreditamento (Art. 143 D.P.G.R. 22/R)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_  
In qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_  
Capitale sociale € \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
Via e n. civico \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_  
Partita IVA n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità,

**D I C H I A R A**

Che la \_\_\_\_\_

1) ha nella **Provincia di** \_\_\_\_\_ -- le seguenti unità organizzative (*indicare se principali o periferiche*):

1a) **unità organizzativa principale:**

(Provincia) \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E - mail \_\_\_\_\_  
Inizio attività dal \_\_\_\_\_

Eliminato: sede

**Orario di apertura al pubblico:**

Giorni della settimana: \_\_\_\_\_  
Orario: \_\_\_\_\_

**Responsabile**

(indicare il nominativo, codice fiscale e ruolo professionale ricoperto)

Eliminato: rapporto di lavoro

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personale:** n. \_\_\_\_\_ unità

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, t ipologia rapporto di lavoro dipendente

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, t ipologia rapporto di lavoro dipendente

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1b) Unità organizzativa periferica :**

(Provincia) \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

Inizio attività dal \_\_\_\_\_

**Orario di apertura al pubblico:**

Giorni della settimana: \_\_\_\_\_

Orario: \_\_\_\_\_

**Responsabile**

(indicare il nominativo, codice fiscale e ruolo professionale ricoperto)

Eliminato: rapporto di lavoro

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personale:** n. \_\_\_\_\_ unità

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, t ipologia rapporto di lavoro dipendente

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

1c) **Unità organizzativa periferica :**

(Provincia) \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

Inizio attività dal \_\_\_\_\_

**Orario di apertura al pubblico:**

Giorni della settimana: \_\_\_\_\_

Orario: \_\_\_\_\_

**Responsabile**

(indicare il nominativo, codice fiscale e ruolo professionale ricoperto)

Eliminato: rapporto di lavoro

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

**Personale:** n. \_\_\_\_\_ unità

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, t ipologia rapporto di lavoro dipendente

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

1d) **Unità organizzativa periferica :**

(Provincia) \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

Inizio attività dal \_\_\_\_\_

**Orario di apertura al pubblico:**

Giorni della settimana: \_\_\_\_\_

Orario: \_\_\_\_\_

**Responsabile**

(indicare il nominativo, codice fiscale e ruolo professionale ricoperto)

Eliminato: rapporto di lavoro

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personale:** n. \_\_\_\_\_ unità

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, t ipologia rapporto di lavoro dipendente

\_\_\_\_\_  
Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) che l'attività per cui è richiesto l'accreditamento viene svolta in locali idonei, distinti da quelli di altri soggetti e le strutture relative ai medesimi locali sono adeguate allo svolgimento dell'attività, conformi alla normativa in materia di tutela, sicurezza ed igiene sui luoghi di lavoro nonché accessibili ai disabili ai sensi della normativa vigente e che è in possesso di locali ed attrezzature d'ufficio, informatiche e collegamenti telematici idonei allo svolgimento dell'attività. ▼

Eliminato: sopra indicata

Data \_\_\_\_\_

Si allega n. \_\_\_\_\_ curricula dei nominativi sopra indicati

Eliminato: Inoltre i locali abilitati a sportello per lo svolgimento delle attività autorizzate ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo sono aperti al pubblico in orario d'ufficio e accessibili ai disabili ai sensi della normativa vigente. ¶

TIMBRO E

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
(Allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità del dichiarante in corso di validità)