

Marca
da
bollo

All. "F"

DOMANDA
DI ACCREDITAMENTO ALLO SVOLGIMENTO DI SERVIZI AL LAVORO
E
DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE - SEZIONE PROVINCIALE
(Soggetto pubblico)

RACCOMANDATA A.R.

Alla Provincia di _____

Il/la sottoscritto/a, _____
Nato a _____ il _____
In qualità di _____
legale rappresentante di _____
con sede _____
Via e n. civico _____ Cap _____
Provincia _____ Codice Fiscale n. _____
Partita IVA n. _____
Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

CHIEDE

A) L'accreditamento, ai sensi dell'art. 144 del Regolamento 8.8.2003, e manato con D.P.G.R. n. 47/R e successive modificazioni, del/della _____
_____ allo svolgimento dei
seguenti servizi al lavoro:

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

Eliminato:

Indirizzo a cui inviare le comunicazioni ufficiali, se diverso dalla sede sopra indicata:

Via

C.A.P. - - - - - Comune

Eliminato: (barrare la voce che interessa)

- 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, fa l'istà 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

1) Che l'attività oggetto di accreditamento sarà svolta nella Provincia _____
presso la/le seguente/i unità operativa/e:

1a)

Provincia _____

Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ Fax _____

E - mail _____

Responsabile (indicare il nominativo) _____

Personale: n. _____ unità

1b)

Provincia _____

Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ Fax _____

E - mail _____

Responsabile (indicare il nominativo) _____

Personale: n. _____ unità

2) 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;

- 3) provvederà entro 60 giorni dalla data del provvedimento di accreditamento alla interconnessione con la borsa continua nazionale del lavoro di cui a ll'art.124 del Regolamento citato, attraverso il nodo regionale, nei tempi e con le modalità stabilite dalla Giunta Regionale;
- 4) provvederà a comunicare alla Regione gli spostamenti di sede, l'apertura di filiali o succursali, la cessazione dell'attività, o gni informazione relativa al funzionamento del mercato del lavoro e tutte le altre informazioni richieste dalla Regione;
- 5) di essere a conoscenza delle disposizioni previste a tutela del diritto dei lavoratori ad autorizzare la diffusione dei propri dati.

Si allega la seguente documentazione:

- a) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (All. 1), redatta secondo il modello allegato e sottoscritta dal legale rappresentante con allegati i curricula del responsabile e del personale di ogni unità organizzat iva;
- b) 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 persona li”)

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 ente, sedi, attività accreditate, l'organigramma, 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, corredata 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 _____,
In qualità di legale rappresentante di _____
con sede in _____
Via e n. civico _____ Cap _____
Provincia _____ Codice Fiscale n. _____

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

1) che l'attività oggetto di accreditamento sarà svolta nella Regione Toscana presso la/le seguente/i unità organizzativa/e:

1a)
(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: il rapporto di lavoro

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

Personale: n. _____ unità

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, ti pologia rapporto di lavoro dipendente

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, ti pologia rapporto di lavoro dipendente

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

1b)

(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: il rapporto di lavoro

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

Personale: n. _____ unità

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, ti pologia rapporto di lavoro dipendente

Titolo di studio/esperienza professionale e settore di attività:

Nominativo, codice fiscale, ruolo professionale, ti pologia 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'uffici o, informatiche e collegamenti telematici idonei allo svolgimento dell'attività.

Eliminato: sopra indicata

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. ¶

Data _____

Si allega n. _____ curricula dei nominativi sopra indicati

TIMBRO E

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

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