

alla REGIONE LAZIO
DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER L'OCCUPAZIONE
AREA ATTUAZIONE, TUTELA DELLA FRAGILITÀ E PUNTO DI CONTATTO

Ambito territoriale: Provincia di Frosinone Provincia di Latina

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____, C.F. _____, in qualità di legale rappresentante della
Cooperativa/Impresa sociale _____ con sede legale in
_____ e sede operativa in _____,
Prov. _____ CAP _____ Codice Fiscale _____ e P.IVA _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA CHE LA COOPERATIVA/IMPRESA SOCIALE:

1. è iscritta all'albo regionale istituito con Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 24 ai sensi della Legge 8 novembre 1991 n.381 e s.m.i. oppure, per l'impresa sociale, al Registro Unico Nazionale Terzo Settore (RUNTS), sezione D "imprese sociali";
2. è in regola con gli obblighi assicurativi e previdenziali dei dipendenti nonché con le norme in materia di tutela e sicurezza del lavoro;
3. **(Indicare UNA SOLA opzione)**
 - è associata alla seguente organizzazione che ha sottoscritto la Convenzione quadro attualmente in vigore approvata con Deliberazione Giunta n. 472 del 28/06/2024 (*indicare organizzazione e allegare attestazione*): _____
 - aderisce alla Convenzione Quadro di cui alla DGR n. 472 del 28/06/2024, per la stipula di convezioni finalizzate all'integrazione nel mercato del lavoro delle persone con disabilità con particolari difficoltà d'inserimento nel ciclo lavorativo ordinario ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. 276/2003;
4. è attiva da almeno due anni precedenti la sottoscrizione della Convenzione di Affidamento;
5. non ha in corso procedure concorsuali;
6. applica **(Indicare UNA SOLA opzione):**
 - il CCNL delle Cooperative Sociali
 - altro contratto collettivo applicato dall'impresa sociale, sottoscritto dalle organizzazioni datoriali e sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale e i relativi contratti integrativi aziendali, territoriali e regionali (specificare): _____
7. assicura attività di tutoraggio e formazione al fine di un inserimento lavorativo efficace dei lavoratori con disabilità inseriti nella commessa di lavoro;
8. ha adeguato integralmente le previsioni del proprio regolamento interno alle disposizioni della legge 142/2001 "Revisione della legislazione in materia di cooperative con particolare riferimento alla posizione del socio lavoratore";
9. ha sede legale nella Regione Lazio e almeno una sede operativa nel territorio di competenza dei servizi competenti;
10. ha assolto gli obblighi di assunzione di lavoratori con disabilità ai fini della copertura della quota d'obbligo a loro carico determinata ai sensi dell'articolo 3 della legge 68/99, nel caso in cui sia soggetta a tale obbligo.
11. Per le Imprese sociali, ha un organico aziendale costituito da personale dipendente appartenente alle categorie di cui alla lettera a) e b) del comma 4 dell'art. 2 del D.lgs 112/2017 nel limite minimo previsto al successivo comma 5 del decreto legge medesimo.

Luogo e data

Il Legale Rappresentante