**B3 Dichiarazione sostitutiva[[1]](#footnote-1)**

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

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (*sottolineare le ipotesi corrette*) mandante/mandatario dell’ATI/ATS costituita/costituenda tra i Soggetti indicati successivamente

**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 all’articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, di presentare il Piano formativo *(titolo)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in ATI/ATS, costituita/costituenda tra le seguenti aziende, non vincolate da legami societari e tutte aderenti a For. Te. alla data di presentazione della presente dichiarazione (massimo 3):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Codice fiscale** | **Sede legale** | **Legale Rappresentante** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

e che tutte le aziende beneficiarie che compongono l’ATI/ATS appartengono alla medesima Regione o Macro Area (*specificare*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**E DI ESSERE**

**(***indicare una delle due opzioni***)**

* Soggetto presentatore e beneficiario, capogruppo mandataria dell’ATI/ATS, alla quale è conferito il previsto mandato speciale con rappresentanza, nonché ad incassare in nome e per conto anche delle mandanti il finanziamento concesso dal Fondo e le quote dello stesso che verranno riconosciute spettanti a ciascun componente dell’ATI/ATS;
* Soggetto beneficiario, la cui responsabilità, nei confronti del Fondo, è solidale tra tutti i componenti l’ATI/ATS;

**nonché**

* 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;
* che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che abbia determinato l’incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* di non avere procedimenti in corso ai sensi dell’art. 416/bis del codice penale;
* di applicare integralmente il CCNL di categoria stipulato da organizzazioni 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 impegnarsi a mantenere l’adesione al Fondo fino all’esito della rendicontazione del Piano, presentata a For.Te.;
* di avere in organico n° dipendenti \_\_\_\_\_\_\_ per i quali versa lo 0,30% al Fondo;
* di optare per il seguente Regime di aiuti di Stato (*barrare l’opzione prescelta*):
  + Regime di aiuti alla formazione (Reg. n. 651/2014), pari ad una percentuale di Contributo Privato Obbligatorio del \_\_\_%[[2]](#footnote-2)
  + *De minimis* (Reg. n. 1407/2013). In questo caso, si attesta che i contributi pubblici ricevuti negli ultimi tre esercizi finanziari utilizzati a scopo fiscale, compreso quello in corso, consentono l’applicazione del Regolamento scelto. Si indicano i contributi ricevuti:

|  |  |
| --- | --- |
| **Anno** | **Contributi ottenuti** |
| 2017 |  |
| 2016 |  |
| 2015 |  |

In riferimento agli obblighi previsti dalla Legge n. 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili, dichiara altresì (*barrare l’opzione prescelta*):

* + di non essere soggetto agli stessi, in quanto l’impresa ha un numero di dipendenti inferiore a 15;
  + di non essere soggetto, in quanto pur avendo l’impresa un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/01/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;
  + di essere in regola con le norme che disciplinano l’inserimento al lavoro dei disabili.

*(Solo per le cooperative barrare anche la casella sottostante)*

* + di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa;
* che le informazioni contenute nel formulario di presentazione relative all’impresa da me rappresentata, corrispondono al vero.

Specificare se:

* L’ATI/ATS è già costituita e se ne allega il relativo atto;
* L’ATI/ATS sarà costituita in caso di approvazione del Piano formativo, secondo quanto previsto dall’Avviso.

**SOGGETTO ATTUATORE**

1. delega ad attuare il piano formativo il seguente soggetto attuatore (*inserire denominazione*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

1. delega l’ATI/ATS costituita/costituenda (*sottolineare l’opzione corretta*) tra i seguenti soggetti attuatori: (*inserire elenco con denominazione, sede legale, codice fiscale e P.IVA di ciascuno*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Codice fiscale/P.IVA** | **Sede legale** | **Legale rappresentante** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

avente quale capofila (*inserire denominazione*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure

1. indica quale soggetto attuatore individuato a seguito di una procedura di evidenza pubblica (*inserire denominazione*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[3]](#footnote-3).

Data,

Firma

*Il sottoscritto autorizza For.Te. al trattamento dei dati personali e sensibili ai fini della gestione del Piano, nonché l’elaborazione dei dati ivi contenuti finalizzata alla produzione di dati statistici ad uso delle organizzazioni costituenti il Fondo, del Ministero del Lavoro e di altri Enti e Organismi convenzionati (INPS, INAIL).*

Data Firma

(Allegare fotocopia firmata del documento di identità in corso di validità del Rappresentante legale e/o della persona da questi delegata. In questa seconda ipotesi, va allegata anche idonea documentazione comprovante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza).

1. Il Fondo si riserva di effettuare un controllo a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. [↑](#footnote-ref-1)
2. Non può essere inferiore al 30% [↑](#footnote-ref-2)
3. Produrre relativa documentazione. [↑](#footnote-ref-3)