**B Autocertificazione imprese**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_, legale rappresentante dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole degli effetti penali della falsa dichiarazione, dichiara ai sensi del DPR445/2000 artt. 46 e 47:

di essere **(barrare una delle scelte)**

□ Soggetto presentatore e beneficiario con adesione a For.Te. nel periodo di competenza **(mm/aaaa)**

□ Soggetto presentatore non beneficiario

□ Soggetto beneficiario con adesione a For.Te. nel periodo di competenza **(mm/aaaa)**

del Piano/Progetto formativo *(titolo)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PF\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a valere sull’Avviso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Dichiarazione dello stato giuridico del Soggetto Presentatore / Impresa beneficiaria |
| * di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali 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 determina l’incapacità a contrattare con la P.A.;
* 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;
 |

|  |
| --- |
| Solo per soggetto presentatore beneficiario/imprese beneficiarie |
| * si impegna a mantenere l’adesione al Fondo fino all’esito della rendicontazione del Piano, presentata al Fondo;
* di avere in organico n° dipendenti \_\_\_\_\_\_\_ per i quali versa lo 0,30% a For.Te.;
* di optare per il seguente Regime di aiuti di Stato ***(barrare l’opzione prescelta)***:
	+ Regime di aiuti alla formazione (Reg. 651/2014), pari ad una percentuale di Contributo Privato Obbligatorio del \_\_\_%[[1]](#footnote-1)
	+ *De minimis* (Reg. 1407/2013)[[2]](#footnote-2)

In riferimento agli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili, dichiara altresì **(*barrare l’opzione prescelta*)**: * di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15;
* di non essere soggetto in quanto pur avendo 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)* * Dichiara ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47 di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

L’impresa delega \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a **presentare** il suddetto Piano formativo e a **riceverne** il finanziamento da For.Te.[[3]](#footnote-3);L’impresa delega \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ad **attuare** il suddetto Piano formativo. |

|  |
| --- |
| Per tutte le tipologie |
| L’impresa dichiara, infine, ai sensi dell’art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni, che le informazioni contenute nel formulario di presentazione relative all’impresa da me rappresentata, corrispondono al vero.*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 Legale Rappresentante dell’impresa o persona delegata[[4]](#footnote-4) dal Legale Rappresentante*[[5]](#footnote-5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Non può essere inferiore al 30% [↑](#footnote-ref-1)
2. Almeno il 20% [↑](#footnote-ref-2)
3. Esclusivamente per le Imprese Beneficiarie [↑](#footnote-ref-3)
4. Se persona delegata, caricare in Piattaforma documentazione idonea in favore del delegato comprovante il conferimento dei poteri di firma. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ai fini della validità della presente autocertificazione è necessario caricare la fotocopia del documento di identità in corso di validità del Rappresentante Legale e/o della persona delegata. [↑](#footnote-ref-5)