**Allegato 1)**

**Domanda di ammissione al Catalogo Provinciale 2020 per la realizzazione del Piano Disabili.**

**1.- Anagrafica dell’Operatore**

**Ragione Sociale:**

**Tipologia del Soggetto Accreditato:**

* Operatore pubblico e/o privato accreditato per l’erogazione dei servizi al lavoro, ai sensi della D.g.r. n. 2412/2011 e del D.d.u.o. n. 9749 del 31.10.2012.

**Dati del Legale Rappresentante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo |  |
| Codice Fiscale |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Indirizzo di Residenza |  |

**Soggetto firmatario:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo |  |
| Codice Fiscale |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Indirizzo di Residenza |  |

**Responsabile/Riferimento:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| Email |  |

**2. – Requisiti dell’Operatore**

**Descrizione dell’esperienza**

Esperienza triennale nell’ambito dell’inserimento lavorativo delle persone disabili, attraverso la presenza di almeno due figure professionali stabili che l’abbiano maturata (di cui si allegano i C.V.):

**Descrizione dell’organizzazione**

Presenza di un’organizzazione capace di fare rete sul territorio con tutti i Servizi pubblici e privati che, in varia misura, si occupano di disabilità tramite l’elenco di rapporti formali vigenti e sottoscritti, (convenzioni, protocolli di intesa o lettere di intenti) con i Servizi Sociali, ASL, ASST, CPS, Servizi di Riabilitazione, ecc., inerenti l’area della disabilità o dello svantaggio:

**Descrizione della struttura operativa sul territorio provinciale**

Presenza di una struttura in grado di creare e mantenere rapporti di partnership con le realtà aziendali del territorio, con il sistema della Cooperazione Sociale di tipo B o con Associazioni che operano nell’ambito specifico:

**Breve descrizione del personale**

Disponibilità di personale qualificato con esperienza triennale in azioni di accompagnamento/inserimento o sostegno al lavoro di persone con disabilità;

**Sede operativa**

Disponibilità di almeno una sede operativa dotata degli standard richiesti sul territorio provinciale:

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, che in caso di mendaci dichiarazioni, sono comminate ai sensi dell’art. 496 del Codice penale, visionati gli elementi esposti nella presente domanda attesta, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e di quanto previsto dal D.P.R. n. 403/1998, la regolarità di quanto contenuto nella presente domanda, la conformità degli elementi esposti e la loro corrispondenza con quanto presente negli allegati inoltrati per via telematica.**

**Luogo e data Firma del Legale Rappresentante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**