

SCHEMA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

**PER L'ATTUAZIONE DELL'AZIONE DI SISTEMA "AZIONE DI RETE PER IL LAVORO AMBITO
DISABILITA' – MOD. B"
IN ACCORDO DI PARTENARIATO CON LA PROVINCIA DI LECCO
SERVIZIO COLLOCAMENTO MIRATO
(D.G.R. 23.11.2021 N. 5579)
(Approvato con determinazione dirigenziale n. 408 del 07.04.2023)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov _____, il _____
Cod. Fisc. _____ in qualità di rappresentante legale di (indicare la ragione sociale
dell'Ente rappresentato) _____, con sede legale
a _____ in Via/Piazza _____ n. _____, CAP _____ Prov. _____

- consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000;
- presa visione ed accettato integralmente quanto contenuto nell'Avviso esplorativo per la raccolta di Manifestazioni di Interesse, in attuazione delle indicazioni di cui alla D.g.r. n. 5579/2021

PRESENTA LA PROPRIA FORMALE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ATTUAZIONE DELL'AZIONE DI SISTEMA "AZIONE DI RETE PER IL LAVORO AMBITO DISABILITA' – MOD. B", AI SENSI DELLA D.G.R. 23.11.2021 N. 5579

E DICHIARA DI IMPEGNARSI A:

- 1) Condividere i contenuti e le finalità esplicitati nell'Avviso per la presentazione della manifestazione di interesse.
- 2) Sottoscrivere un Accordo di partenariato, secondo tempi e modalità stabiliti dalla Provincia di Lecco, con il Servizio Collocamento Mirato e con gli altri Operatori Accreditati interessati, finalizzato alla presentazione di una proposta progettuale per l'inserimento al lavoro di persone con disabilità non immediatamente occupabili da parte dei Servizi al Lavoro, in un'ottica di sussidiarietà circolare e all'interno di una rete attiva che dovrà prevedere il coinvolgimento delle Istituzioni pubbliche deputate alle attività di politiche attive, i Servizi Sociali, l'ATS, l'ASST, le Organizzazioni Sindacali e Datoriali, gli Operatori Accreditati ai Servizi al Lavoro iscritti al Catalogo Provinciale 2023 e almeno due Operatori Accreditati alla Formazione, le Cooperative Sociali di tipo B del territorio provinciale, le Aziende del territorio, anche di medie e piccole dimensioni, le Associazioni Familiari, le Associazioni di Volontariato e di Promozione Sociale.
- 3) Mettere a disposizione le proprie sedi accreditate per l'attuazione delle azioni previste dalla proposta progettuale e di garantire l'osservanza delle regole di sicurezza emanate dalle autorità sanitarie, a tutela dei destinatari e degli operatori interessati dalla realizzazione del progetto.

Referente operativo:

Nominativo: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Luogo, Data _____

Firma del Legale Rappresentante
(firma digitale)

Allega: Copia documento d'identità del Legale Rappresentante.