**B1 Dichiarazione sostitutiva[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2)**

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

**PRESENTATORE NON BENEFICIARIO**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 esseresoggetto presentatore non beneficiario del Piano formativo (titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PF\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a valere sull’Avviso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* 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;
* che le beneficiarie (in caso di Consorzi, Gruppi o Reti di impresa) insistono su un’unica Regione o Macro Area e che quindi i piani saranno finanziati a valere sulle risorse stanziate per la medesima Regione/Macro Area di riferimento: (*specificare*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* in caso di piani territoriali e settoriali nazionali, le Beneficiarie insistono su un’unica regione (*indicare quale*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* in caso di Gruppi di impresa, Consorzi, Reti di impresa o di Piani Territoriali e Settoriali Nazionali dichiara la responsabilità in via solidale con tutte le altre imprese coinvolte nel Piano;
* che le informazioni contenute nel formulario di presentazione corrispondono al vero.

**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 denominazione, sede legale, codice fiscale e P.IVA per ciascuno)*:

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

avente quale capofila (*indicare la denominazione*) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

1. indica quale soggetto attuatore, individuato a seguito di una selezione sul mercato, (*inserire denominazione*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[3]](#footnote-3).

Data, Firma

*Il sottoscritto autorizza* *ai sensi del D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i. 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 di rappresentanza).

1. Il Fondo si riserva di effettuare un controllo a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. [↑](#footnote-ref-1)
2. Consorzi e Reti di impresa devono compilarlo solo nel caso in cui non abbiano dipendenti. [↑](#footnote-ref-2)
3. Produrre relativa documentazione. [↑](#footnote-ref-3)