

Spett. AFOL METROPOLITANA
Servizio Occupazione Disabili
Via Soderini 24 - Milano

Il **Privato Datore di Lavoro**.....Cf.....con sede legale in
.....e sede operativa in

(barrare la casella corrispondente e completare il testo)

☐ aderente per l'anno in corso all'Associazione datorialefirmataria della
Convenzione quadro provinciale (come da dichiarazione allegata)

☐ non aderente

in regola con gli obblighi assicurativi, previdenziali e contrattuali dei dipendenti, con riferimento al CCNL applicato..... nonché con le norme nazionali e regionali in materia di tutela della salute e sicurezza nella persona di legale rappresentante o altro soggetto con potere di firma

○ La **Cooperativa Sociale**.....CF con sede legale
in..... e sede operativa innella persona di
... legale rappresentante o altro soggetto con potere di firma, dichiara di essere:

- iscritta all'albo delle società cooperative previsto dall'art. 2512 cc e all'albo regionale di cui alla L.R. 36/2015 e s.m. dal
- con proprio regolamento depositato presso l'Osservatorio permanente sulla cooperazione istituito presso la ITL di competenza territoriale
- in regola con gli obblighi assicurativi, previdenziali e contrattuali dei dipendenti, con riferimento al ccnl.....nonché con le norme nazionali e regionali in materia di tutela della salute e sicurezza
- aderente per l'anno in corso all'Associazione di rappresentanzafirmataria della Convenzione quadro provinciale (come da dichiarazione allegata) oppure in possesso del verbale di revisione ai sensi del D.Lgs 220/2002 aggiornato alla data..... (allegato alla richiesta)
- avere a disposizione un'unità locale nel territorio della Lombardia

○ L'**Impresa Sociale**..... Cf.....con sede legale in
..... e sede operativa in.....nella persona di
... legale rappresentante o altro soggetto con potere di firma, dichiara di essere
sottoscrittrice della Convenzione Quadro della CITTA' METROPOLITANA DI MILANO.

DICHIARANO

- di accettare tutte le condizioni previste
 - Nella Convenzione Quadro per la stipula di convenzioni finalizzate all'integrazione nel mercato del lavoro di persone con disabilità che presentino particolari difficoltà d'inserimento nel ciclo lavorativo ordinario, ai sensi dell'articolo 14 del d.lgs. 01 settembre 2003 n. 276, della Città Metropolitana di Milano
 - nel modello di convenzione art 14 D.lgs 276/03 presentata in data
- che la commessa allegata rispetta la formula di calcolo prevista dall'accordo quadro coi seguenti valori:
 - VUC : (per n. 12 mesi)
 - CP :
 - CL : (costo medio annuo per lavoratore al netto degli oneri previdenziali e assistenziali come da D.lgs 381/91)
(n. ore settimanali; n. lavoratori con disabilità coinvolti.....)
- che l'oggetto della commessa è:
.....
(specificare l'attività externalizzata)
- che la durata della commessa è il seguente (deve corrispondere ai tempi della Convenzione stipulata):
 - data di avvio:
 - Data di fine

Riferimenti:

- Referente Azienda (indicare mail diretta e telefono)
.....
- Referente Cooperativa (indicare mail diretta e telefono)
.....

Per LA COOPERATIVA
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
o altro soggetto con potere di firma

Per IL DATORE DI LAVORO
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
o altro soggetto con potere di firma

.....
(timbro e firma)

.....
(timbro e firma)