



**COMUNE DI CAPO D'ORLANDO**  
**CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA**  
**AMBITO OTTIMALE DISTRETTUALE N. 2 DSS 31**  
**COMUNI DI: CAPO D'ORLANDO-CAPOFILA- CAPRI LEONE E TORRENOVA**  
**UFFICIO PIANO**

All. A)

**AVVISO PUBBLICO**

per l'individuazione dei soggetti ospitanti i destinatari dell'azione 5 del PAO 2019/2020 II^ Annualità 2020  
"TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI"  
Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)

**1. FINALITA'**

Individuare i soggetti del terzo settore che contribuiranno alla realizzazione dei "Tirocini inclusivi per disabili psichici" allo scopo di offrire una possibilità concreta di attuare percorsi di integrazione di tipo lavorativo.

**2. SOGGETTI PROPONENTI**

Possono presentare richiesta di attivazione dei tirocini inclusivi:

- Cooperative sociali;
- Associazioni Cooperative Sociale (tipo A e tipo B);
- Associazioni;
- Le Fondazioni;

regolarmente iscritte nel Registro delle Imprese in possesso dei requisiti di cui al successivo punto 3.

**3. REQUISITI DI AMMISSIBILITA'**

Al fine della presentazione dell'istanza, i soggetti proponenti devono possedere i seguenti requisiti:

- Avere sede nei seguenti Comuni: Capo d'Orlando, Capri Leone, Torrenova;
- Trovarsi nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposte a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- non avere effettuato nei 12 mesi precedenti, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- essere in regola con l'applicazione del CCNL;
- essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- non essere destinatari di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al D.L. 8 Giugno 2001, n. 231;
- essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie - quote di riserva - previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;
- essere titolari di Partita Iva o codice fiscale;
- essere iscritti alla CCIAA se ed in quanto tenuti.

L'insussistenza di anche uno dei requisiti sopra indicati comporta la non ammissione dell'istanza.

**4. ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO**

Realizzazione di n. 6 tirocini inclusivi per persone con disabilità psichica medio lieve e con idoneità fisica a svolgere attività lavorativa, residenti nei Comuni dell'AOD N. 2 del Distretto Socio-Sanitario 31.

Durata 12 mesi.

E' prevista per ciascun beneficiario l'erogazione di un contributo di assistenza economica dell'importo di € 5,00 per ogni ora di attività svolta. Per ogni beneficiario si prevede un impegno mensile medio di 60 ore.

I tirocini inclusivi per disabili psichici saranno distribuiti nei Comuni dell'AOD N. 2 DSS 31 così come segue:

Capo D'Orlando- n.2 soggetti;

Capri Leone- n.2 soggetti;

Torrenova- n.2 soggetti;

A carico del progetto graveranno le spese degli oneri assicurativi, acquisto materiale necessario per garantire la sicurezza durante lo svolgimento dell'attività.

Nessun compenso viene riconosciuto all'organismo ospitante.

**5. NUMERO MASSIMO DEI CORSISTI OSPITABILI**

Ciascuna attività produttiva può prevedere l'inserimento secondo le seguenti casistiche:

- gli organismi con un numero di dipendenti **compreso tra 1 e 20** possono ospitare contemporaneamente **non più di due corsisti**;
- gli organismi con un numero di dipendenti **superiori a 20 ed inferiori a 50** unità possono ospitare contemporaneamente **non più di tre corsisti**;



Comune di Capo D'Orlando (ME) - Proto. n. 0029998 del 18-09-2024 in partenza

- gli organismi con un numero di dipendenti superiore a 50 unità possono ospitare contemporaneamente un numero massimo di corsisti pari al 10% dei dipendenti;
- qualora l'Ente ospitante sia una impresa con più unità produttive, si fa riferimento ai dipendenti dell'unità produttiva interessata.

**6. DESTINATARI**

N. 6 persone che versano in condizioni di disabilità mentale e/o disabilità psichica medio - lieve, con capacità lavorativa ed abilità sociali tali da consentire l'inserimento all'interno del percorso progettuale.

**7. OBBLIGHI**

**- soggetto ospitante**  
 I soggetti proponenti, individuati con il presente bando, attraverso la sottoscrizione di apposita convenzione, diverranno soggetti ospitanti dei tirocini e dovranno individuare un referente (tutor) che sarà responsabile delle attività e garante dell'attuazione.

Il soggetto ospitante è obbligato a tenere apposito registro individuale di presenza del tirocinante vidimato prima dell'inizio delle attività.

**- soggetto invitante**  
 I tirocinanti, avviati dai Comuni dell'AOD N. 2 DSS 31, saranno assicurati contro gli infortuni sul lavoro, nonché per la responsabilità civile. Gli oneri assicurativi saranno a carico del Progetto. Verrà costituita apposita equipe socio-sanitaria che provvederà alla progettazione individualizzata, alle attività di monitoraggio e di valutazione in itinere e finale. Si prevede la figura di un docente/tutor di supporto con lo scopo di agevolare e facilitare il momento di formazione in aula e soprattutto per supportare il disabile durante il suo percorso socio-lavorativo nell'ambito del tirocinio inclusivo.

**8. MODALITA' DI INVIO DELL'ISTANZA**

**8.1 Invio dell'istanza**

Le istanze di adesione, redatte sull'apposito modello, devono essere presentate al Comune di Capo d'Orlando, entro il 27/08/2024, mediante una delle seguenti modalità:

- presentazione diretta all'Ufficio Protocollo del Comune di Capo d'Orlando - sita in Via Vittorio Emanuele snc; - 98071 Capo d'Orlando, durante l'orario di ricevimento al pubblico;
- Trasmissione a mezzo pec: [protocollo@pec.comune.capodorlando.me.it](mailto:protocollo@pec.comune.capodorlando.me.it) mediante propria casella di posta elettronica certificata. In caso di invio del plico a mezzo posta elettronica certificata (PEC), validità, data ed orario della trasmissione della email sono attestate dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica certificata, ai sensi dell'art. 6 del DPR 11 Febbraio 2005 n. 68. In caso di invio del plico a mezzo posta elettronica certificata (PEC) la mail dovrà recare le generalità del mittente.

All'istanza di adesione dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Autodichiarazione del rappresentante legale, attestante il possesso dei requisiti di partecipazione previsti per l'Ente.
- Fotocopia del documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante.

**8.2 Termine di presentazione della domanda**

Le candidature dovranno pervenire, entro e non oltre giorno 27/08/2024, secondo le modalità sopra espresse. Costituisce motivo di esclusione il mancato possesso dei requisiti richiesti.

**9. ADEMPIMENTI SUCCESSIVI**

Per le assegnazioni si terrà conto delle caratteristiche degli organismi ospitanti e dei tirocinanti.

In caso di richieste eccedenti il numero degli utenti ammissibili (6), gli organismi di accoglienza saranno selezionati in base alla seguente priorità:

1. Precedente svolgimento di attività analoghe;
- I rapporti tra l'AOD N. 2 del Dss31, l'organismo ospitante e il beneficiario saranno regolati da apposita convenzione ove verranno indicati i reciproci obblighi.

Il presente bando, unitamente alla modulistica, sarà pubblicato sul sito istituzionale dei Comuni di Capo d'Orlando, capofila dell'AOD N. 2 Dss 31 e sui siti istituzionali dei Comuni associati Capri Leone e Torrenova.

Ulteriori informazioni possono essere richieste al Responsabile Area Dott.ssa Donatella Lazzaro.

- Ai Comuni associati dell'AOD2 Dss 31 - referenti facente parte Ufficio Piano:  
 per il Comune di Capri Leone: Istruttore Amministrativo Patrizia Giammò tel. 0941/1940003  
 per il Comune di Torrenova: Istruttore Amministrativo Maria Calà Lesina tel. 0941785060

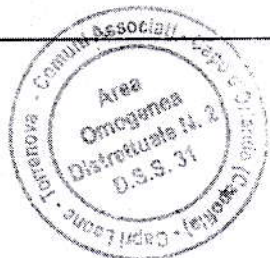
I dati saranno trattati ai sensi e nel rispetto del D. lgs 196/2003 e del e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Capo d'Orlando, li 07 AGO 2024

IL RESPONSABILE UFFICIO PIANO AOD 2 DSS 31

(D.ssa Donatella Lazzaro)

*Donatella Lazzaro*







COMUNE DI CAPO D'ORLANDO  
CITTÀ METROPOLITANA DI MESSINA  
AMBITO OTTIMALE DISTRETTUALE N. 2 DSS 31  
COMUNI DI: CAPO D'ORLANDO-CAPOFILA- CAPRI LEONE E  
TORRENOVA  
UFFICIO PIANO

All. B)

AL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO  
Ufficio Piano dell'AOD n. 2 Dss 31

ALLEGATO B – ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE LONG LIST per la realizzazione dei TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS31. PAO 2019/2020 II^ Annualità 2020. CUP. C11B21009340002.

Dati identificativi dell'organico

**3.1.1 Soggetto Proponente**

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ N.° iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_

Luogo e data di iscrizione \_\_\_\_\_

Descrizione attività \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa interessata \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**Referente**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Posizione \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**3.1.2 TIPOLOGIA SOGGETTO**

*Barrare la casella corrispondente*

- Cooperative sociali
- Associazioni Cooperative Sociali (tipo A e tipo B)
- Associazioni
- Fondazioni

**3.1.3 NUMERO DIPENDENTI**

*Barrare la casella corrispondente*

- Compreso tra 1 e 20
- Superiore a 20 ed inf. a 50
- Superiore a 50 (n. \_\_\_\_\_)

**3.1.4 PRECEDENTI ESPERIENZE IN ATTIVITA' ANALOGHE**

Il soggetto proponente, \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di ospitare presso il proprio Ente n. \_\_\_\_\_ beneficiari di tirocini di inclusione di cui all'Azione n. 5 del PAO 2019/2020 II^ Annualità 2020, per la realizzazione di TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS 31 CUP

C11B21009340002, in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento e dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Capo d'Orlando, Capofila dei Comuni associati dell'AOD 2 Distretto Socio Sanitario 31. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Capo d'Orlando tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Luogo Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

All. B1- Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt.46 e 47 DEL D.P.R. n. 445/2000.-

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a.....il....., residente a.....  
via/piazza.....n.....codice Fiscale....., in qualità di legale rappresentante  
dell'impresa..... - codice fiscale....., consapevole,  
delle responsabilità penali – richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000 – cui può incorrere in caso di dichiarazioni  
mendaci, formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.46 e 47 del  
D.P.R. n. 445/2000,

dichiara\*

- di conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina l'intervento di cui all'Azione PAO 2019/2020 II^ Annualità 2020, per la realizzazione di TIROCINI INCLUSIVI PER DISABILI PSICHICI – AOD 2 DSS 31 CUP C11B21009340002.
- che l'Ente ha sede operativa interessata ricadente nel territorio del Comune di.....;
- che l'Ente non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/ oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che l'Ente è regolarmente iscritto al registro delle imprese per il settore.....o non tenuta ai sensi della legge;
- di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;
- di essere titolare di Partita IVA n.....o C.F.....;
- che l'Ente si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'Ente non è destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- che l'Ente è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del CCNL e del contratto di categoria, di diritto al lavoro dei disabili, nonché con il pagamento dei tributi locali;
- che l'Ente si impegna a tenere a disposizione del Comune di Capo d'Orlando ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola.

**Liberatoria per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a.....autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs. 196/03.

Data.....

FIRMA

Si allega: copia documento di riconoscimento in corso di validità.

\* Dichiarare le voci che ricorrono.