

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Marca da bollo € 16,00
 è ricevuta del pagamento virtuale

Spett.le
 Servizi per il Lavoro di
 Firenze e Prato
 Ufficio Collocamento Mirato
 di _____
arti@postacert.toscana.it

OGGETTO: Domanda di contributo a carico del Fondo Regionale a valere sull'AVVISO PUBBLICO PER LA
**CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ALLE IMPRESE E/O AI DATORI DI LAVORO PRIVATI
 FINALIZZATI A GARANTIRE INCENTIVI ALL'ASSUNZIONE DEGLI ISCRITTI ALLA LEGGE
 68/99 CON DISABILITA' DI NATURA PSICHICA** DECRETO DIRIGENZIALE n..... del
 scadenza _____ (Riportare scadenza di presentazione come art.9)

Il/la sottoscritt _____ c. fiscale _____

nat a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____

residente in _____ (Prov. ____) Cap _____

Via _____

In qualità di:

Legale rappresentante di _____

con sede legale nel Comune di _____ Cap _____ (Prov. ____)

Via _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Pec _____

Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____

Iscrizione C.C.I.A.A. _____

Dimensioni azienda (in base alla Raccomandazione 2023/361/CE del 6 maggio 2003 a al decreto del Ministro dello Sviluppo economico del 18 aprile 2005)

Microimpresa

(Le **microimprese** hanno meno di 10 occupati e realizzano un fatturato annuo o un totale di bilancio annuo non superiore a 2 milioni di euro).

Piccola impresa

(Le **piccole imprese** hanno meno di 50 occupati e realizzano un fatturato annuo o un totale di bilancio annuo non superiore a 10 milioni di euro)

Media impresa

(Le **medie imprese** hanno meno di 250 occupati e realizzano un fatturato annuo non superiore a 50 milioni di euro oppure un totale di bilancio annuo non superiore a 43 milioni di euro).

Grande impresa

(Le **grandi imprese** sono quelle che superano tali limiti)

Soggetta agli obblighi di cui alla L. 68/99 SI NO

Se soggetta agli obblighi di cui alla L. 68/99:

Assunzione in sovrannumero rispetto alla quota d'obbligo nazionale SI NO

CHIEDE

il contributo **totale** "una tantum" pari a _____ euro a valere sul fondo regionale (art. 14, L. 68/99), previsto nell'avviso, per la realizzazione del progetto/i così articolato/i:

Progetto di inserimento lavorativo (*barrare la/le casella/e interessata/e indicando gli importi richiesti per ciascuna voce*):

- a.1** Assunzione a tempo indeterminato : _____ euro
- a.2** Assunzione a tempo determinato: _____ euro
- a.3** Trasformazione a tempo indeterminato: _____ euro
- b.** Adeguamento/trasformazione posto di lavoro: _____ euro
- c.** Istituzione di un responsabile dell'inserimento lavorativo: _____ euro
- d.** Spese sostenute dalle Cooperative di tipo B, anche in collaborazione con le imprese e con Enti Pubblici per la creazione di posti di lavoro: _____ euro
- e.** Contributo per l'attivazione di un tirocinio finalizzato all'assunzione per rimborso spese tirocinante: _____ euro

Per ciascun nominativo individuato per la realizzazione del progetto compilare un all. 1a.

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1. di essere iscritto presso il registro delle imprese della CCIAA territorialmente competente con stato attivo, per coloro che sono tenuti a tale adempimento;
2. di essere in regola con la normativa sugli aiuti di Stato;
3. di essere in regola con l'applicazione del CCNL di riferimento;
4. di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione coatta, liquidazione volontaria, concordato preventivo né avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni nei propri confronti;
5. di essere in regola con gli adempimenti contributivi INPS e INAIL e con le contribuzioni agli Enti Paritetici ove espressamente previsto dai Contratti Collettivi Nazionali Interconfederali o di Categoria;
6. di non avere avuto procedure di licenziamento collettivo nei dodici mesi precedenti la data dell'assunzione ai fini dell'incentivo (ai sensi dell'art. 4 e 24 della Legge 223/91 e s.m.i.);
7. di essere ottemperante ai sensi della L.68/99 (nel caso di aziende/datore di lavoro in obbligo per la medesima legge)
8. che il/i soggetto/i destinatario/i ha/hanno i seguenti dati anagrafici e caratteristiche :

(replicare per ciascun destinatario assunto/da assumere)

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza.....

Via.....N.....

CAP.....Comune.....Prov..... Codice

Fiscale.....

Iscritto/a all'elenco di cui all'art.8 della L.68/99 presso il Servizio Collocamento Mirato di

_____ dal: ____ / ____ / _____

Genere: F M

Condizione del disabile da assumere: psichico

a.1/a.2/a.3 tempo indeterminato/tempo determinato(almeno 12 mesi)/**trasformazione** è stato/sarà assunto/trasformato in data ____/____/____ con la seguente situazione:

CCNL applicato.....

Inquadramento contrattuale

Qualifica.....

part-time: _____% (indicare la percentuale ai fini dell'erogazione del contributo in caso contrario sarà considerato l'importo più basso)

full-time

9. che il/i soggetto/i destinatario/i non ha/hanno prestato la propria opera lavorativa nell'impresa nei dodici mesi precedenti alla richiesta di contributo;

10. che con il/i soggetto/i destinatario/i non c'è/ci sono state cessazione/i di rapporto/i di lavoro nei dodici mesi precedenti alla richiesta del contributo:

- dalla stessa azienda, oppure

- da parte dello stesso datore di lavoro che richiede il contributo, oppure

- da un datore di lavoro che presenta assetti proprietari sostanzialmente coincidenti con quelli del datore di lavoro che assume, ovvero risulta con quest'ultimo in rapporto di collegamento o controllo; nonché facente capo, ancorché per interposta persona, alla stessa azienda e/o al datore di lavoro medesimi; oppure

- da imprese comunque riconducibili, in rapporto al datore di lavoro che richiede il contributo, alla fattispecie di "impresa unica" così come definita dal Regolamento UE n.1407/2013, ancorché cessate/inattive/fallite antecedentemente la richiesta di incentivo;

- ovvero con società da loro controllate o a loro collegate ai sensi dell'art. 2359 C.C.

11. che la banca ove effettuare i versamenti è: _____

AGENZIA _____ C/C N° _____

IBAN: _____

12. di: **essere soggetto** alla ritenuta IRPEF/IRES DEL 4% (EX ART. 28 DPR 600/73);

non essere soggetto alla ritenuta IRPEF/IRES DEL 4% (EX ART. 28 DPR 600/73) in quanto:

ente non commerciale e contributo percepito per l'esercizio di attività diverse da quelle di cui all'art. 51 D.P.R. 917/86 (Testo Unico delle imposte sui redditi)

O.N.L.U.S. in base dell'art. 16 del D.lgs. 460/97

ALTRO (specificare riferimento legislativo fiscale esenzione)

13. di conoscere ed accettare integralmente l'avviso in oggetto per il quale avanza la presente richiesta di candidatura, senza riserva alcuna;

14. di conoscere ed aver preso visione della disciplina in materia di aiuti di stato;

DICHIARA inoltre

(da barrare SOLO nel caso di imprese e/o datori di lavoro non tenuti all'adesione agli Organismi Paritetici Territoriali)

di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza sul lavoro;

SI IMPEGNA

- a realizzare quanto dichiarato nella presente domanda e nei relativi allegati ed a comunicare qualsiasi impedimento/variazione dovesse intervenire;
- a garantire al/ai lavoratore/i la continuità dell'impiego per un periodo non inferiore a 24 mesi, nel caso di contratti a tempo indeterminato, e non inferiore a 12 mesi nel caso di contratti a tempo determinato, nonché nel caso di trasformazione del rapporto di lavoro, fatto salvo il licenziamento per giusta causa e le dimissioni volontarie, decesso, pensionamento, licenziamento per giustificato motivo soggettivo;
- comunicare qualsiasi variazione, tramite pec a arti@postacert.toscana.it indirizzata all'ufficio territorialmente competente; intervenuta rispetto alle dichiarazioni formulate in sede di domanda, compreso quelle inerenti gli aiuti di stato;
- fornire all'ufficio competente le informazioni e la documentazione comprovanti gli interventi effettuati;
- dare comunicazione motivata tramite pec a arti@postacert.toscana.it all'ufficio territorialmente competente dell'eventuale interruzione anticipata dell'attività finanziata, qualunque ne sia la causa, nonché a segnalare tempestivamente ogni mutamento del rapporto di lavoro (licenziamento, dimissioni ecc.);
- consentire verifiche e controlli sul corretto svolgimento del progetto e sulla documentazione presentata a corredo della richiesta di contributo.

Allega:

- Scheda progettuale All. 1.a
- Allegato 2.a Dichiarazione in caso di scelta regime "de minimis" (in alternativa al modello 2.b)
- Allegato 2.b Dichiarazione in caso di regime di aiuti all'occupazione (in alternativa al modello 2.a)
- Dichiarazione rilasciata dagli Organismi Paritetici territoriali attestante l'adempimento degli obblighi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi dell'art. 51, comma 3 bis del D.lgs 81/2008
- Copia documento di identità in corso di validità
- Documentazione attestante l'avvenuto pagamento dell'imposta di bollo.

Data _____

Timbro dell'impresa/ente
Firma del legale rappresentante
(Allegare fotocopia documento d'identità)

Avvertenze

Qualora la dichiarazione presenti delle irregolarità rilevabili d'ufficio, non costituenti falsità, oppure sia incompleta, il funzionario competente a ricevere la documentazione ne dà comunicazione all'interessato per la regolarizzazione o completamento.

In caso di mendacio personale o fattuale, la rettificazione non è consentita ed il provvedimento favorevole non può essere emanato. In tal caso è obbligo del responsabile del procedimento, a cui la dichiarazione è diretta, porre in essere gli adempimenti necessari all'applicazione delle disposizioni di cui all'art.26 della legge 4 gennaio 1968 n.15.

Qualora, da un controllo successivo, emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (DPR n.403/98.Per la revoca dei contributi eventualmente erogati si procederà secondo quanto preposto all'art.11 della legge regionale 5/2000).