

## DOMANDA DI CONTRIBUTO

Marca da bollo € 16,00 (se inviata per PEC  
allegare copia ricevuta bonifico bancario di euro 16,00)

Spett.le  
Servizi per il Lavoro di  
Pisa e Massa Carrara  
Ufficio Collocamento Mirato  
di \_\_\_\_\_

OGGETTO: Domanda di contributo a carico del Fondo Regionale a valere  
sull'**Avviso pubblico FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE  
DEI DISABILI AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI  
CONTRIBUTI ALLE IMPRESE E/O AI DATORI DI LAVORO PRIVATI**  
- 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. \_\_\_\_\_

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

## CHIEDE

il contributo "una tantum" pari a \_\_\_\_\_ euro a valere sul fondo regionale (art. 14, L. 68/99),  
previsto nell'avviso pubblico emanato dalla regione Toscana con DD. \_\_\_\_\_ del  
\_\_\_\_\_, per la realizzazione del progetto/i così articolato/i:

Progetto di inserimento lavorativo (*barrare la/le casella/e interessata/e*):

- 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. abbattimento barriere architettoniche/adeguamento locali: \_\_\_\_\_ euro
- d. apprestamento tecnologie telelavoro: \_\_\_\_\_ euro
- e. istituzione di un responsabile dell'inserimento lavorativo: \_\_\_\_\_ euro
- f. Spese sostenute dalle Cooperative di tipo B, anche in collaborazione con le imprese e con Enti Pubblici per la creazione di posti di lavoro
- g. contributo per l'attivazione di un tirocinio finalizzato all'assunzione-per rimborso spese tirocinante : \_\_\_\_\_ euro

**Per tutti i progetti compilare 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 si 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 ogni 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/intellettivo a patologia prevalente  
 - ultra50enne   - invalidità oltre il 79% / sensoriale

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

- full-time
- tempo determinato (almeno 12 mesi): \_\_\_\_\_mesi (specificare la durata in mesi ai fini della valutazione e dell'erogazione del contributo in caso contrario sarà considerato il punteggio e l'importo più basso)
- tempo indeterminato è/sarà assunto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con la seguente

situazione: CCNL

applicato..... Inquadramento  
contrattuale .....

Qualifica.....

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:  
\_\_\_\_\_ C/C N°.....  
AGENZIA.....  
IBAN.....

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

SI IMPEGNA

- a realizzare quanto dichiarato nelle 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, fatto salvo il licenziamento per giusta causa e le dimissioni volontarie;
- comunicare qualsiasi variazione 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 all'ufficio 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)
- Allegato 2.c Dichiarazione assoggettabilità ritenuta 4% IRPEF/IRES (adempimenti ai sensi dell'art. 28 D.P.R. n. 600/73)
- 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
- Copia del bonifico bancario di euro 16,00 su IBAN IT88Z0760102800001020546857 intestato a Regione Toscana, causale "imposta di bollo virtuale per domanda contributo a valere sul Fondo Regionale per l'occupazione disabili". (se inviata per PEC)

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, emerga 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).