

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Spett.le
 Settore Servizi per il Lavoro di
 Grosseto e Livorno
 Ufficio Collocamento Mirato
 di _____
arti@postacert.toscana.it

OGGETTO: Domanda di contributo a valere sull'avviso pubblico "FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DISABILI - AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AI DATORI DI LAVORO PRIVATI - LEGGE 68/99" - Anno 2024 - DECRETO DIRIGENZIALE n. del

Scadenza _____

Il/la sottoscritt _____ c. fiscale _____

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

residente in _____ (Prov. _____) Cap _____

Via _____

In qualità di:

Legale rappresentante/procuratore legale dell'azienda _____

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

Via _____

Tel. _____ e-mail _____

Pec _____

Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____

Contatti del referente della presente richiesta _____

Dimensioni azienda (in base alla Raccomandazione 2023/361/CE del 6 maggio 2003 e 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 delle seguenti azioni:

(barrare la/le casella/e interessata/e indicando gli importi richiesti per ciascuna voce):

LINEA A – CONTRIBUTO ALL’ASSUNZIONE

- Azione A.1** assunzione a tempo indeterminato: € _____
- Azione A.2** assunzione a tempo determinato 12 mesi: € _____

LINEA B – CONTRIBUTO PER L’INSERIMENTO E IL MANTENIMENTO LAVORATIVO

- Azione B.1** trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato: € _____
- Azione B.2** tutor/educatore/esperto supporto tra pari: € _____
- Azione B.3** percorsi di formazione: € _____
- Azione B.4** accompagnamento al lavoro a supporto dei disabili sensoriali: € _____
- Azione B.5** istituzione responsabile inserimento lavorativo: € _____

LINEA C – CONTRIBUTO PER L’ATTIVAZIONE DI TIROCINI DELLA DURATA MASSIMA DI 6 MESI

- € _____

LINEA D – CONTRIBUTO PER L’ADOZIONE DI ACCOMODAMENTI RAGIONEVOLI A SUPPORTO DELL’INSERIMENTO LAVORATIVO

- Azione D.1** contributo per adeguamento/trasformazione posto di lavoro: € _____
- Azione D.2** contributo per abbattimento barriere architettoniche/adeguamento locali: € _____
- Azione D.3** contributo per apprestamento tecnologie telelavoro: € _____
- Azione D.4** contributo per raggiungimento del luogo di lavoro: € _____

LINEA E - CONTRIBUTO PER LE SPESE SOSTENUTE DALLE COOPERATIVE SOCIALI DI TIPO B ANCHE IN COLLABORAZIONE CON LE IMPRESE E CON ENTI PUBBLICI PER LA CREAZIONE DI NUOVI POSTI DI LAVORO

- € _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di 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 del contributo (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. di non aver beneficiato, in caso di richiesta di contributo per l'azione A.2, per i destinatari sotto indicati, di precedente finanziamento a valere sul Fondo regionale disabili, per altro rapporto di lavoro a termine;
9. di non aver beneficiato, per i destinatari sotto indicati, dei contributi di cui all'art.13 L.68/99 e s.m.i (Fondo Nazionale Disabili);
10. che con il/i soggetto/i destinatario/i non c'è/ci sono state cessazione/i di rapporto/i di lavoro a tempo indeterminato 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 contributo;
 - ovvero con società da loro controllate o a loro collegate ai sensi dell'art. 2359 C.C.

11. 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)
-

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

DICHIARA inoltre

(da barrare SOLO nel caso di 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 modelli 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 nonché nel caso di trasformazione del rapporto di lavoro, e non inferiore a 12 mesi nel caso di contratti a tempo determinato;
- 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.

Dati dei soggetti destinatari per i quali si richiede il contributo:

Da replicare per ciascun destinatario assunto/da assumere)

Per ciascun nominativo individuato dovrà essere compilato un modello 1.a

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita.....Residenza.....

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

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

Iscritto/a nell'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:

sensoriale/intellettivo ultra 50enne

invalidità oltre il 79% invalidità dal 67 al 79% invalidità dal 46 al 66%

A.1/A.2/B.1 tempo indeterminato/tempo determinato (almeno 12 mesi)/trasformazione è stato/sarà
assunto/trasformato in data ___ / ___ / _____ alle seguenti condizioni contrattuali:

CCNL applicato.....

Inquadramento

Qualifica.....

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

full-time

Chiede che i contributi vengano erogati presso: _____

AGENZIA _____ C/C N° _____

IBAN: _____

Allega:

Modello 1.a Scheda progettuale

Modello 2 Dichiarazione aiuti "de minimis/aiuti di Stato"

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
(SOLO nel caso di datori di lavoro tenuti all'adesione agli Organismi Paritetici Territoriali)

Documentazione attestante l'avvenuto pagamento dell'imposta di bollo
oppure

Dichiarazione sostitutiva di esenzione con specificata la motivazione

Data _____

Firma digitale del legale rappresentante