



Dipartimento Occupabilità e Lavoro

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021-2027

Obiettivo di Policy 4 - Un'Europa più sociale

**ALLEGATO A**  
**DOMANDA DI INCENTIVO**  
**(da compilare on line)**

**Codice marca da bollo**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome: \_\_\_\_\_;

Data e luogo di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, prov.(\_\_\_\_)

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Codice fiscale personale: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

in qualità di Rappresentante legale/titolare dell'IMPRESA

avente la seguente denominazione:

\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ prov. ( ) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Sede operativa in \_\_\_\_\_ prov. ( ) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

(indicare la Sede interessata dall'assunzione)

Indirizzo mail \_\_\_\_\_ Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**Dati attività**

Settore (Artigianato, Commercio, Servizi etc.) \_\_\_\_\_

Data di iscrizione al Registro delle Imprese (se impresa) \_\_\_\_\_

Micro Impresa  Piccola impresa  Media impresa  Grande impresa

Codice (Classificazione ISTAT/ATECO 2007) \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / (6 cifre)

descrizione attività primaria \_\_\_\_\_

CCNL applicato \_\_\_\_\_

**ovvero (compilare solo per i liberi professionisti)**

- iscritta al relativo albo, elenco, ordine o collegio professionale: ..... (indicare quale);
- iscritta alla Gestione Separata dell'INPS come liberi professionisti senza cassa.

**CHIEDE**

- di accedere alla seguente Linea di intervento (*barrare e compilare la Linea di intervento per la quale si produce istanza*):

- Linea 1:** assunzione A TEMPO INDETERMINATO E/O DETERMINATO FULL-TIME di **DONNE** over 36

la concessione di INCENTIVI PER UN IMPORTO TOTALE PARI A € \_\_\_\_\_ (in lettere \_\_\_\_\_,00) PER L'ASSUNZIONE DI N. \_\_\_\_\_ LAVORATRICI per il/i quali si riporta/no le seguenti informazioni nella tabella che segue:

TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE		CONTRIBUTO €.
<b>1a</b>	N. _____ assunzioni di donne OVER 36 a tempo INDETERMINATO FULL-TIME X €. 10.000,00	
<b>1b</b>	N. _____ assunzioni di donne OVER 36 a tempo DETERMINATO FULL-TIME X €. 5.000,00	
<b>TOTALE IMPORTO CONTRIBUTI €.</b>		

	ANAGRAFICA LAVORATRICI	Costo salariale annuale lordo (*)	Importo incentivo (**)
<b>1</b>	Nome e Cognome _____ C.F. _____ Età _____ Titolo di studio _____ Comune di residenza _____ Dara rilascio DID _____ Data di assunzione _____ Qualifica professionale _____ <i>(ripetere per ogni lavoratrice assunta)</i>		

- Linea 2:** assunzione A TEMPO INDETERMINATO E/O DETERMINATO FULL-TIME di **UOMINI** over 36

- la concessione di INCENTIVI PER UN IMPORTO TOTALE PARI A € \_\_\_\_\_ (in lettere \_\_\_\_\_,00) PER L'ASSUNZIONE DI N. \_\_\_\_\_ LAVORATORI per il/i quali si riporta/no le seguenti informazioni nella tabella che segue:

TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE		CONTRIBUTO €.
<b>2a</b>	N. _____ assunzioni di uomini 36-49 anni a tempo INDETERMINATO FULL-TIME X €. 8.000,00	
<b>2b</b>	N. _____ assunzioni di uomini OVER 50 a tempo INDETERMINATO FULL-TIME X €. 10.000,00	
<b>2c</b>	N. _____ assunzioni di uomini 36-49 anni a tempo DETERMINATO FULL-TIME X €. 4.000,00	
<b>2d</b>	N. _____ assunzioni di uomini OVER 50 a tempo DETERMINATO FULL-TIME X €. 5.000,00	
<b>TOTALE IMPORTO CONTRIBUTI €.</b>		

	ANAGRAFICA LAVORATORI	Costo salariale annuale lordo (*)	Importo incentivo (**)
<b>1</b>	Nome e Cognome _____ C.F. _____ Età _____ Titolo di studio _____ Comune di residenza _____ Dara rilascio DID _____ Data di assunzione _____ Qualifica professionale _____  <i>(ripetere per ogni lavoratore assunto)</i>		

- Linea 3:** trasformazione da TEMPO DETERMINATO a TEMPO INDETERMINATO FULL-TIME di uomini e donne over 36
- la concessione di INCENTIVI PER UN IMPORTO TOTALE PARI A € \_\_\_\_\_ (in lettere \_\_\_\_\_,00) PER L'ASSUNZIONE DI N. \_\_\_\_\_ LAVORATORE/LAVORATORI per il/i quali si riporta/no le seguenti informazioni nella tabella che segue:

TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE		CONTRIBUTO €.
<b>3a</b>	N. _____ assunzioni <b>donne</b> over 36 a tempo DETERMINATO FULL-TIME X €. 10.000,00	
<b>3b</b>	N. _____ assunzioni <b>uomini</b> 36-49 anni a tempo DETERMINATO FULL-TIME X €. 8.000,00	
<b>3c</b>	N. _____ assunzioni <b>uomini</b> over 50 a tempo DETERMINATO FULL-TIME X €. 10.000,00	

TOTALE IMPORTO CONTRIBUTI €.		
	<b>ANAGRAFICA LAVORATORI</b>	<b>Costo salariale annuale lordo (*)</b>
<b>1</b>	Nome e Cognome _____ C.F. _____ M/F _____ Età _____ Titolo di studio _____ Comune di residenza _____ Dara rilascio DID _____ Data di assunzione _____ Qualifica professionale _____  (ripetere per ogni lavoratore assunto)	<b>Importo incentivo (**)</b>

(\*) Calcolare il costo salariale al netto di altri sgravi contributivi e/o fiscali e/o altri contributi pubblici concessi.

(\*\*) v. art 5 commi 1 e 2 dell'Avviso

**presa integrale** visione dell'Avviso Pubblico, di cui si accettano tutte le condizioni e gli impegni conseguenti e consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, nr. 445,

### DICHIARA

- a) di voler richiedere (*barrare l'ipotesi che ricorre*):
- l'anticipazione del contributo previa stipula di polizza fideiussoria con rimborso del relativo costo fino ad un massimale di € 500,00 per singola assunzione;
  - primo pagamento a rimborso del contributo al termine del 12° mese decorrente dalla data dell'assunzione/trasformazione e pagamento a saldo del contributo al termine del 24° mese decorrente dalla data dell'assunzione/trasformazione **a tempo indeterminato**;
  - primo pagamento a rimborso del contributo al termine del 6° mese decorrente dalla data dell'assunzione e pagamento a saldo del contributo al termine del 12° mese decorrente dalla data dell'assunzione **a tempo determinato**;
- b) essere in possesso di partita iva;
- c) avere la sede operativa oggetto delle assunzioni/trasformazioni nell'ambito dei confini geografici della regione Abruzzo al momento della prima erogazione del contributo, fatta eccezione per i c.d. "cantieri mobili". In caso di distacco, si deve rispettare quanto disposto dall'art. 30, D.Lgs. nr. 276/03 e dai C.C.N.L. di riferimento;

- d) (per le imprese) essere regolarmente iscritte presso il registro delle imprese della CCIAA territorialmente competente con stato attivo (solo per coloro che sono tenuti a tale adempimento ad esempio imprese, società tra professionisti ecc.)

ovvero

- e) (per i liberi professionisti) essere regolarmente iscritti al relativo albo, elenco, ordine o collegio professionale, ove obbligatorio per legge, iscritti ad associazioni professionali inserite nell'elenco di cui alla L. 4/2013 art. 2 comma 7, iscritti alla gestione separata dell'INPS come liberi professionisti senza cassa e, in ogni caso, essere in possesso di partita IVA attiva rilasciata da parte dell'Agenzia delle Entrate per lo svolgimento dell'attività;
- f) non avere in corso procedure di licenziamento collettivo e/o di sospensione dal lavoro connesse a Cassa Integrazione Guadagni al momento della presentazione della candidatura;
- g) essere in regola con il versamento degli obblighi contributivi ed assicurativi di legge attestati nel DURC;
- h) essere in regola con la normativa in materia di sicurezza sul lavoro;
- i) non aver ricevuto alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- j) non assumere lavoratori/lavoratrici che presentino assetti proprietari sostanzialmente coincidenti con i datori di lavoro/imprese che provvedono alle assunzioni, ovvero con queste ultime in rapporto di collegamento o controllo, ai sensi dell'articolo 2359 c.c.;
- k) essere in regola con le assunzioni previste dalla legge 68/99 sul collocamento mirato dei disabili;
- l) essere in regola con la disciplina in materia di aiuti di Stato in regime de minimis (Regolamento (UE) n. 1407/2013 della Commissione del 18 dicembre 2013);
- m) di non esercitare un'attività economica incompatibile con il regime di aiuti in de minimis di cui al Regolamento (UE) 1407/2013;
- n) *per le società*: non assumere un socio della medesima impresa che richiede l'aiuto, salvo il caso di assunzione in attuazione del vincolo associativo con una cooperativa di lavoro;
- o) *per le agenzie di somministrazione*: assumere solo il personale utilizzato direttamente dalle agenzie stesse;
- p) *per le imprese*: non trovarsi in stato di fallimento, di procedura concorsuale, di liquidazione anche volontaria, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o qualsiasi altra situazione equivalente secondo la normativa vigente;
- q) l'insussistenza di rapporti di parentela o di affinità entro il secondo grado o di coniugio tra datori di lavoro (titolare di ditta individuale o soci/amministratori in caso di società) e lavoratori oggetto degli incentivi di cui al presente Avviso;
- r) garantire che, al termine dei 12 mesi successivi all'assunzione e dei 24 mesi per le assunzioni a tempo indeterminato, il saldo occupazionale aziendale ovvero relativo all'intero organico aziendale sia positivo salvo le ipotesi di dimissioni volontarie, invalidità, risoluzione consensuale, riduzione volontaria dell'orario di lavoro, raggiungimento del requisito pensionistico, licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo alle dipendenze del datore di lavoro/impresa;
- s) non aver usufruito e non richiedere altre agevolazioni contributive o finanziarie pubbliche, previste da norme regionali, statali, comunitarie o altre forme di incentivazioni in genere, per i medesimi costi (in rispetto del principio del divieto del doppio finanziamento);
- t) di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (art. 13 D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii.);
- u) che l'impresa:

**non è controllata né controlla**, direttamente o indirettamente, altre imprese;

**controlla**, anche indirettamente, le imprese aventi sede legale in Italia:

ANAGRAFICA IMPRESA CONTROLLATA

*(ripetere se necessario)*

Denominazione/Ragione sociale dell'impresa \_\_\_\_\_

Forma giuridica \_\_\_\_\_ C.F: \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ prov. ( ) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

**è controllata**, anche indirettamente, dalle imprese seguenti aventi sede legale o unità operative in Italia:

ANAGRAFICA IMPRESA CHE ESERCITA IL CONTROLLO SULLA RICHIEDENTE

*(ripetere se necessario)*

Denominazione/Ragione sociale dell'impresa \_\_\_\_\_

Forma giuridica \_\_\_\_\_ C.F: \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ prov. ( ) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

**P R E C I S A**

**Che i dati utili ai fini della registrazione aiuti su Banca dati RNA sono i seguenti:**

- forma giuridica \_\_\_\_\_
- dimensione impresa \_\_\_\_\_
- tipo soggetto \_\_\_\_\_

**Che i dati di contatto sono i seguenti:**

Nominativo \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

La suddetta istanza è presentata unitamente a:

- Allegato B - Informativa sulla privacy
- Allegato C - Clausola antipantouflage
- Comunicazione Obbligatoria Assunzione
- Copia fotostatica fronte retro di un valido documento di riconoscimento del LAVORATORE:  
 Tipo di documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_/\_\_/\_\_\_\_;

**ESPRIME**

il consenso alla comunicazione dei dati personali ad altri soggetti, interno o esterni all'Amministrazione, per le finalità indicate all'interno dell'Allegato B – Informativa sulla privacy al presente Avviso.

Data \_\_\_\_\_

FACSIMILE DELLA DOMANDA ON LINE