

Allegato 1

“Modello di domanda di ammissione all’incentivo e dichiarazioni sostitutive”



**REGIONE CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE
“PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E TURISMO”**

FSE POR CAMPANIA 2014-2020

**AVVISO PUBBLICO
“INCENTIVI PER L’ASSUNZIONE
DI LAVORATORI SVANTAGGIATI IN CAMPANIA – ANNUALITA’ 2016”**

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’INCENTIVO
E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE EX ARTT. 46 - 47 DPR 445/2000**

Il sottoscritto	COGNOME	NOME
nato a	PROVINCIA /ESTERO	COMUNE/STATO ESTERO
il	DATA DI NASCITA	
residente in	PROVINCIA	COMUNE
via	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO
codice fiscale	CODICE FISCALE	
tel. cellulare	NUMERO TELEFONO CELLULARE	

in qualità di titolare/legale rappresentante dell’impresa

ragione sociale	RAGIONE SOCIALE	FORMA GIURIDICA
sede legale	PROVINCIA/ESTERO	COMUNE/STATO ESTERO
	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO
	CAP	
partita iva/CF	PARTITA IVA	CODICE FISCALE
codice ATECO 2007	CODICE ATECO	
recapiti telefonici	TELEFONO	TELEFONO
pec	INDIRIZZO PEC	

CHIEDE

di poter beneficiare dell'incentivo di cui all'avviso pubblico "Incentivi per l'assunzione di lavoratori svantaggiati in Campania – Annualità 2016 – FSE POR Campania 2014-2020", per l'assunzione a tempo indeterminato, avvenuta nel periodo **1 gennaio 2016 – 31 dicembre 2016**, di lavoratori ricompresi nelle categorie di lavoratori "svantaggiati", "molto svantaggiati", "con disabilità" ai sensi dell'art. 5 del medesimo avviso per:

numero lavoratori	NUMERO LAVORATORI	U.L.A. __, __
--------------------------	--------------------------	----------------------

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e s.m.i., nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

➤ di:

essere titolare e/o legale rappresentante della impresa iscritta all'Albo/Registro nelle imprese presso la C.C.I.A.A. di _____ al numero _____;

ovvero

essere professionista iscritto all'Albo professionale _____ al numero _____;

ovvero

ove l'albo professionale risulti non costituito, esercitare l'attività professionale _____ secondo le norme vigenti;

ovvero

legale rappresentante dell'associazione professionale _____ e di essere iscritto all'Albo professionale _____ al numero _____;

ovvero

titolare e/o legale rappresentante della associazione iscritta al Registro nelle associazioni presso la Regione _____ al numero _____;

➤ di avere alle proprie dipendenze, **alla data di presentazione della domanda**, un numero di lavoratori, complessivamente presso tutte le sedi aziendali site sul territorio della Regione Campania, pari a:

numero lavoratori	NUMERO LAVORATORI	U.L.A. __, __
--------------------------	--------------------------	----------------------

➤ di avere i seguenti stabilimenti/uffici/sedi operative site sul territorio della Regione Campania:

località	PROVINCIA	COMUNE
indirizzo	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO
cap	CAP	
recapiti telefonici	TELEFONO	TELEFONO

(NB indicare tutte gli stabilimenti/uffici/sedi operative e relative posizioni assicurative, anche non interessati dalle assunzioni per le quali si richiede il beneficio)

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative al rilascio del DURC, come previste dall'allegato A del DM del 30 gennaio 2015 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- di non trovarsi in stato di liquidazione o fallimento e di non aver presentato domanda di concordato preventivo;
- di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, come elencati nell'articolo 80 comma 4 del D. Lgs. D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione di cui all'art. 9 comma 2 lett. c) del D.Lgs. 08.06.2001, n. 231;
- di non aver subito sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per i reati elencati nell'articolo 80 comma 1, lettere da a) a g), del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
- che nei propri confronti non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n.1423 e s.m.i. né sussiste una delle cause ostative previste dall'art.10 della legge 31 maggio 1965, n.575;
- di essere consapevole che la presente richiesta di incentivo è incompatibile con altri incentivi all'occupazione finanziati dalla Regione Campania per i medesimi lavoratori a valere sulle risorse del FSE nella attuale programmazione, in merito si dichiara espressamente di non avere richiesto, e ci si impegna a non richiedere, benefici a valere sul FSE in relazione ai medesimi lavoratori;
- di essere in regola con le norme in materia di regolarità, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (art. 11, L.R. 9 agosto 2013, n. 11);
- che ciascuna delle assunzioni per le quali si presenta la domanda rispetta i principi generali stabiliti dall'art. 31 del D.Lgs. del 14 settembre 2015, n. 150;
- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L. 12.03.1999, n. 68);
- di non avere in atto sospensioni dal lavoro connesse ad una crisi o riorganizzazione aziendale, in cui siano interessati lavoratori inquadrati nella medesima qualifica dei lavoratori per i quali si chiede l'incentivo;
- che ciascuna delle assunzioni per le quali si presenta la domanda rappresenta un incremento netto del numero di dipendenti, rispetto alla media dei dodici mesi precedenti, calcolata in U.L.A, fatta eccezione per i posti occupati resisi vacanti in seguito a dimissioni volontarie, invalidità, pensionamento per raggiunti limiti d'età, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa, e non in seguito a licenziamenti per riduzione di personale;

che l'incremento del numero di dipendenti a tempo indeterminato realizzato tiene conto delle diminuzioni occupazionali verificatisi in società controllate o collegate ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile o facenti capo, anche per interposta persona, allo stesso soggetto;

ovvero

di non trovarsi in situazioni di controllo o collegamento ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile, neanche per interposta persona, con altre società;

➤ di non operare nei settori rientranti nell'art. 1 comma 3 del Regolamento (UE) 651/2014;

di non aver mai ricevuto, neanche secondo la regola “*de minimis*”, gli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con le decisioni della Commissione europea indicate nell'art. 4 del D.P.C.M. 23 maggio 2007

ovvero

di aver beneficiato, secondo la regola “*de minimis*”, degli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con la decisione della Commissione Europea _____, per un ammontare totale di euro _____, e di non essere pertanto tenuto all'obbligo di restituzione delle somme fruite;

ovvero

di aver rimborsato/o depositato nel conto di contabilità speciale acceso presso la Banca d'Italia - in data __/__/____ mediante _____ (indicare il mezzo utilizzato: modello F24, cartella di pagamento, ecc... con cui si è proceduto al rimborso) la somma di euro _____, comprensiva degli interessi calcolati ai sensi del Capo V del Regolamento (CE) 21/4/2004 n. 794/2004 relativa all'aiuto di Stato soggetto al recupero e dichiarato incompatibile con decisione della Commissione europea indicata nell'art. 4, comma 1, lettera __ [specificare a quali lettere a), b), c) o d)] del D.P.C.M. 23 maggio 2007;

➤ di essere a conoscenza ed accettare incondizionatamente quanto previsto dall'avviso “Incentivi per l'assunzione di lavoratori svantaggiati in Campania – Annualità 2016 – FSE POR Campania 2014-2020”, e dal Regolamento (UE) n. 651/2014, che disciplina la concessione di incentivi alle imprese per l'assunzione di lavoratori “svantaggiati”, “molto svantaggiati”, “con disabilità”;

➤ di impegnarsi a rispettare la normativa comunitaria e nazionale in materia di Fondi strutturali ed in particolare del Fondo sociale europeo;

➤ di essere a conoscenza ed accettare incondizionatamente che l'aiuto concesso non potrà superare in alcun modo, per ciascun lavoratore agevolato, il massimale di € 8.060,00 annui, nonché i massimali di intensità di aiuto previsti dal Regolamento (UE) n. 651/2014 relativi ai costi ammissibili, tenuto conto dell'importo totale degli aiuti pubblici a favore delle assunzioni sovvenzionate, indipendentemente dal fatto che il sostegno sia finanziato tramite risorse locali, regionali, nazionali o comunitarie;

➤ che i lavoratori “svantaggiati”, “molto svantaggiati”, “con disabilità” assunti **nel periodo 1 gennaio - 31 dicembre 2016**, per i quali si richiede la concessione del beneficio, sono i seguenti:

(tabella da ripetere per ogni lavoratore per cui si richiede la concessione del beneficio)

COGNOME	NOME
---------	------

PROVINCIA DI NASCITA/ESTERO	COMUNE DI NASCITA/STATO ESTERO
DATA DI NASCITA	
CITTADINANZA	TITOLO DI STUDIO
CODICE FISCALE	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
COMUNE DI RESIDENZA	CODICE MONITORAGGIO MERCATO DEL LAVORO
MONITORAGGIO DURATA RICERCA DI LAVORO	MONITORAGGIO CONDIZIONE PERSONALE
DATA DI ASSUNZIONE	SEDE DI ASSUNZIONE
CCNL APPLICATO	
QUALIFICA	LIVELLO
<input type="checkbox"/> lavoratore assunto a tempo parziale (indicare percentuale della prestazione lavorativa)	___,___ %
<input type="checkbox"/> lavoratore "svantaggiato"	lettera a) <input type="checkbox"/> lettera b) <input type="checkbox"/> lettera c) <input type="checkbox"/> lettera d) <input type="checkbox"/> lettera e) <input type="checkbox"/> lettera f) <input type="checkbox"/> lettera g)
<input type="checkbox"/> lavoratore "molto svantaggiato"	lettera h) lettera i) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> lavoratore "con disabilità"	lettera j) lettera k) <input type="checkbox"/>
retribuzione annua lorda come da CCNL (esclusa quota TFR);	€ _____

percentuale contributiva INPS carico ditta	___ , ___ %
---	-------------

aliquota contributiva INAIL	___ , ___ ‰
-----------------------------	-------------

Numero dei dipendenti impiegati a tempo indeterminato nei 12 mesi precedenti la data di assunzione del dipendente per cui si richiede la concessione del beneficio, **presso la sede di assunzione**, mese per mese, e in media annua, espressi in U.L.A.

mese 1	mese 2	mese 3	mese 4	mese 5	mese 6	mese 7	mese 8	mese 9	mese 10	mese 11	mese 12	media

L'assunzione rappresenta un incremento occupazionale realizzato **presso la sede di assunzione**, rispetto alla media dei dodici mesi precedenti, pari a ULA ___ , ___

ovvero

l'assunzione non rappresenta un incremento occupazionale **presso la sede di assunzione** rispetto alla media dei dodici mesi precedenti. Dichiaro che il posto o i posti occupati si sono resi vacanti in seguito a dimissioni volontarie, invalidità, decesso, pensionamento per raggiunti limiti d'età, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa e non in seguito a licenziamenti per riduzione del personale.

numero dei dipendenti impiegati a tempo indeterminato nei 12 mesi precedenti la data di assunzione del dipendente per cui si richiede la concessione del beneficio, **presso tutte le sedi** ubicate in Regione Campania, mese per mese, e in media annua, espressi in U.L.A.

mese 1	mese 2	mese 3	mese 4	mese 5	mese 6	mese 7	mese 8	mese 9	mese 10	mese 11	mese 12	media

L'assunzione rappresenta un incremento occupazionale realizzato **presso tutte le sedi** ubicate in Regione Campania, rispetto alla media dei dodici mesi precedenti, pari a ULA ___ , ___

ovvero

l'assunzione non rappresenta un incremento occupazionale **presso tutte le sedi** ubicate in Regione Campania rispetto alla media dei dodici mesi precedenti. Dichiaro che il posto o i posti occupati si sono resi vacanti in seguito a dimissioni volontarie, invalidità, decesso, pensionamento per raggiunti limiti d'età, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa e non in seguito a licenziamenti per riduzione del personale.

Ai fini della verifica del rispetto dell'art. 9 "Regole di cumulo", si dichiarano i seguenti benefici richiesti/ammessi **in relazione alle medesime assunzioni** di:

avere

ovvero

non avere

presentato richiesta per l'esonero contributivo per le nuove assunzioni con contratto di lavoro a tempo indeterminato ex art. 1, commi 178 e seguenti, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

avere

ovvero

non avere

presentato richiesta per altri benefici/aiuti (specificare in campo note)

RICHIEDE

la liquidazione del contributo

a consuntivo, secondo le modalità di cui all'art. 13 dell'avviso

ovvero

in anticipazione, secondo le modalità di cui all'art. 14 dell'avviso

SI IMPEGNA

a trasmettere, per ogni lavoratore per cui si richiede la concessione del beneficio, le dichiarazioni e la documentazione previste dagli artt. 13 e 14 dell'Avviso, nelle modalità indicate, e dichiara di essere consapevole che la mancata trasmissione nei termini costituisce motivo di esclusione della domanda ovvero revoca del contributo

SI IMPEGNA ALTRESI'

- a comunicare tempestivamente alla Regione Campania – Direzione Generale “Programmazione economica e turismo”, ogni eventuale variazione connessa al presente intervento, esclusivamente mediante comunicazione all'indirizzo di posta elettronica certificata incentivoimpresa@pec.regione.campania.it;
- a prestare la massima collaborazione nelle attività svolte dai soggetti a vario titolo incaricati dei controlli, fornendo le informazioni richieste e gli estratti o copie dei documenti o dei registri contabili;
- a conservare tutta la documentazione amministrativa e contabile attinente all'intervento, come previsto dall'art. 140 del Regolamento (UE) 1303/2013.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

DICHIARA

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere consapevole che, ai sensi delle previsioni del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, “Codice dell'amministrazione digitale”, la Regione Campania, ai fini del presente avviso, effettuerà ogni comunicazione esclusivamente tramite il domicilio digitale dichiarato nella presente domanda (posta elettronica certificata), anche ai fini di tutte le comunicazioni previste dalla della legge 7 agosto 1990, n. 241 s.m.i.

- che i fatti, stati e qualità riportati nella presente domanda corrispondono a verità.

Note (*eventuali chiarimenti e precisazioni*)

Data _____

Dovrà essere allegata alla presente, a pena di inammissibilità, fotocopia del documento d'identità in corso di validità, in formato pdf.