

Allegato B

Pratica N.
data

**Alla Regione Basilicata
Direzione generale per lo sviluppo
economico, il lavoro e
i servizi alla comunità
*Ufficio politiche del lavoro e politiche giovanili***

AVVISO PUBBLICO

#BASILSTEP TIROCINI E LAVORO– Linea 2 Incentivi all'Occupazione

ISTANZA DI RICHIESTA INCENTIVO

Domanda N.

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il

(prov.)

n.

codice fiscale

Tel.

Cell.

e-mail

in qualità di titolare o legale rappresentante dell'impresa, così come definita all'art. 4 dell'Avviso Pubblico in oggetto, avente la seguente denominazione o ragione sociale

Part. IVA

Codice fiscale

n. Matricola INPS (se del caso)..... o (se del caso) n.Cassa Edile

Data costituzione

Data inizio attività

Iscritta nel registro delle imprese della CCIAA territorialmente competente con stato attivo (se tenute a tale adempimento)

Codice dell'attività economica

Forma giuridica: ☐ Società ☐ Impresa Individuale ☐ Libero Professionista ☐ Altro (specificare)

Dimensione¹: ☐ Micro impresa ☐ Piccola Impresa ☐ Media Impresa ☐ Grande Impresa

Oggetto sociale

C.C.N.L. applicato

¹ Per la corretta indicazione della dimensione aziendale si invita alla consultazione della Guida dell'utente alla definizione di PMI pubblicata dalla Commissione Europea nel 2020 e allegata all'Avviso.

Totale organico in forza presso sedi e/o unità produttive/locali in Basilicata alla data della presentazione della richiesta (per numero di dipendenti):

Responsabile programma aiuti

Indirizzo della sede legale

C.A.P.:		Provincia:		Città:	
Indirizzo:				telefono:	
Fax:		e-mail:		Pec ² :	

Indirizzo della sede operativa/unità locale presso la quale avverrà/avverranno la/e assunzione/i

CAP:		Provincia:		Città:	
Indirizzo:				telefono:	
Fax :		e-mail :			

¹Inserire un numero progressivo partendo dal n. 1

²L'indirizzo PEC indicato al momento della domanda è quello presso il quale l'azienda riceverà tutte le comunicazioni relative all'avviso pubblico in oggetto. L'Amministrazione declina ogni responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da errore nell'indicazione del recapito della Pec.

INFORMAZIONI SUL TIROCINANTE ASSUNTO

(scheda da redigere per ogni lavoratore da assumere, per il quale si richiede il contributo)

☐ Tipologia del/i contratto/i da attivare: tempo indeterminato – FULL TIME ☐ - PART TIME ☐ AL %

Cognome e Nome del destinatario		Sesso		Data Nascita	
Comune Nascita		Codice Fiscale		Comune Residenza	
Indirizzo				Iscritto al CPI di	
Data Iscrizione CPI					

Tabella da ripetere per ogni TIROCINANTE ASSUNTO

CHIEDE

Per l'assunzione del destinatario della presente istanza di agevolazione

☐ bonus occupazionale per assunzione a tempo indeterminato in Regime de minimis - Reg. UE n. 2023/2381

☐ bonus occupazionale per assunzione a tempo indeterminato in Regime in esenzione - Reg UE n. 651/2014 come modificato dal Reg. (UE) n. 2023/1315

Nel caso in cui si chiede il bonus occupazionale per assunzione a tempo indeterminato in Regime in esenzione - Reg UE n.

651/2014² come modificato dal Reg. (UE) n. 2023/1315

Totale organico aziendale complessivo alla data della presentazione della richiesta: n.

Totale organico medio aziendale complessivo nei 12 mesi precedenti la presentazione della richiesta: n.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. sopra citato, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

Che il Tirocinante assunto ha espletato il tirocinio di cui all'istanza n.del
Concesso con D.D. n. del

Inizio del Tirocinio il

Conclusione del Tirocinio con esito positivo il

Che i dati relativi al contratto sono: (vanno compilati tutti i campi)

LAVORATORE (Cognome e nome)

CODICE CONTRATTO (codice Cnel)

DENOMINAZIONE CONTRATTO

LIVELLO DI ASSUNZIONE

MANSIONE

UCS DI RIFERIMENTO

(UCS DA INDICARE SOLO PER RICHIESTA IN DE MINIMIS)

SOMMA ANNUALE RICHIESTA

SOMMA TOT. PER 2 ANNUALITA'

**Schema da ripetere per ogni lavoratore da assumere (nel caso di
assunzione di più tirocinanti)**

² Per la corretta indicazione dell'organico aziendale alla data della presentazione della richiesta, nonché dell'organico medio nei 12 mesi precedenti, è necessario tenere conto degli organici di eventuali altre imprese in ragione di legami associativi e di collegamento rilevanti ai fini della definizione di PMI. Si invita anche in questo caso alla consultazione della Guida dell'utente alla definizione di PMI pubblicata dalla Commissione Europea nel 2020

DICHIARA INOLTRE

di essere titolare o legale rappresentante di (è possibile selezionare solo una delle opzioni)

☐	impresa (ditta individuale, società di persone, società di capitali, società cooperativa, etc.), iscritta, con stato attivo, all'Albo/Registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. di
☐	lavoratore autonomo o libero professionista iscritto ad Albo/Ordine/Collegio professionale di competenza, ovvero, ove questi risulti non costituito, di esercitare l'attività professionale secondo norme vigenti;
☐	organizzazione privata che esercita una attività economica iscritta al Repertorio delle notizie Economiche ed Amministrative (R.E.A.) presso la C.C.I.A.A. di

Dichiara, inoltre, che l'impresa da lui/lei rappresentata:

☐	ha almeno una sede operativa nel territorio della Regione Basilicata e la/le assunzione/i corrisponde/ono ad attività lavorative effettivamente ivi svolte;
☐	è in regola con la normativa del regime di aiuti di stato prescelto;
☐	è in regola con gli adempimenti degli obblighi occupazionali stabiliti dalla legge n. 68/99 in materia di diritto al lavoro dei disabili;
ovvero	
☐	non è assoggettata agli obblighi di assunzione obbligatoria di cui alla legge n. 68/99, in quanto occupa non più di 15 dipendenti, oppure opera in uno dei settori di esclusione di cui all'art. 5 della medesima legge;
☐	è in regola, al momento della concessione con gli adempimenti contributivi INPS e INAIL e con le contribuzioni agli Enti paritetici, ove espressamente previsto dai CCNL sottoscritto dai sindacati maggiormente rappresentativi a livello nazionale; regolarità contributiva degli enti previdenziali ordinistici;
☐	che a proprio carico non sussistono, ai sensi dell'art. 9 del Decreto Ministeriale 24 ottobre 2007, violazioni delle disposizioni penali e amministrative in materia di tutela delle condizioni di lavoro indicate nell'allegato A del medesimo decreto, accertate con provvedimenti amministrativi o giurisdizionali definitivi;
☐	si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione o sottoposte a procedure di fallimento o di concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa o volontaria e amministrazione controllata o straordinaria né avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
☐	non avere procedure di licenziamento collettivo nei dodici mesi precedenti la data dell'assunzione incentivata, ai sensi degli artt. 4 e 24 della legge n.223/1991;
☐	(nel caso di professionisti) essere regolarmente iscritti al relativo albo, elenco, ordine o collegio professionale, ove obbligatorio per legge nel caso di liberi professionisti, iscritti ad associazioni professionali o alla Gestione Separata dell'INPS come liberi professionisti senza cassa, e in ogni caso sono in possesso di partita IVA attiva rilasciata da parte delle Agenzia delle Entrate per lo svolgimento dell'attività
☐	non rientrare tra coloro che non hanno rimborsato alla Regione Basilicata l'agevolazione a seguito di rinuncia o revoca del contributo. Possono accedere alle agevolazioni le imprese che, alla data di inoltro della candidatura telematica, hanno ottenuto provvedimenti di concessione di rateizzazione delle somme da restituire a seguito di rinuncia o revoca del contributo e sono in regola con le prescrizioni del piano di rientro
☐	non avere a proprio carico, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., una delle misure di prevenzione previste dal Libro I, Titolo I, Capo II del medesimo decreto, comportanti gli effetti di decadenza, sospensione o divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.; tale requisito trova applicazione esclusivamente qualora il valore complessivo del contributo concesso sia superiore a euro 150.000,00, ai sensi dell'art. 83 del medesimo decreto legislativo

☐	non essere destinatario di un ordine di recupero pendente per effetto di una precedente decisione della Commissione che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato interno deve essere verificata da ciascuna impresa in base ad eventuali richieste di restituzione di aiuti illegali ad essa arrivate da una amministrazione pubblica, tipicamente l'Agenzia delle Entrate oppure l'INPS.
Nel caso si opti per il de minimis DICHIARA	
☐	non rientra nelle categorie escluse dal regolamento 2023/2381
☐	si impegna a rispettare: - tutti gli obblighi per il soggetto beneficiario previsti dall'Avviso richiamato, - la normativa regionale, nazionale e comunitaria in materia di finanziamento alle imprese;

Dichiara, altresì, nel caso trovi applicazione il regime di aiuti «in esenzione»

☐	l'azienda non si configura come impresa in difficoltà, pena l'inammissibilità. La definizione di "impresa in difficoltà" è contenuta nel regolamento (UE) n. 651/2014, articolo 2, come modificato dal Reg Ue 2023/1315
☐	che la/e assunzione/i effettuata/e o da effettuare rappresenta/rappresentano un incremento netto del numero di dipendenti dell'impresa rispetto alla media dei dodici mesi precedenti (principio dell'incremento netto ai sensi del Reg. (UE) n. 651/2014 come modificato dal Reg. (UE) n. 2023/1315);

SI IMPEGNA, INOLTRE

a garantire l'osservanza dei seguenti principi generali della programmazione PR FESR FSE+ Basilicata 2021-2027:

- Rispetto dei diritti fondamentali e conformità alla Carta dei diritti fondamentali dell'UE;
- Parità tra uomini e donne, integrazione di genere e integrazione della prospettiva di genere;
- Accessibilità per le persone con disabilità.

Dichiarazione di presa visione dell'informativa sul conferimento e trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____ in qualità di _____ avendo acquisito le informazioni fornite dal Titolare ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e degli Artt. 13-14 del GDPR attraverso la presa visione del documento *"Informativa sul conferimento e trattamento dei dati personali e sulla pubblicazione degli elementi ritenuti non sensibili nei siti istituzionali e di consultazione aperta"* pubblicato sul sito web istituzionale dell'Amministrazione

DICHIARA

di esser stato adeguatamente informato riguardo al trattamento dei propri dati personali per i fini indicati nella stessa.

Luogo e data, _____

Firmato

(indicare nome e cognome del firmatario) ⁽³⁾

Il firmatario è colui che firma digitalmente la presente dichiarazione.