



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
Assessorato del lavoro, formazione professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



**AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA  
EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO**  
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7  
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

*ALLEGATO C*

## **FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DIVERSAMENTE ABILI**

MARCA  
DA  
BOLLO  
€ 16,00 (1)

### **CONTRIBUTO AZIONE 2 BIS (barrare l'opzione prescelta)**

☐ **RICHIESTA PRIMA TRANCHE (per tirocini superiori ai sei mesi)**

**O**

☐ **RICHIESTA INTERO CONTRIBUTO (per tirocini inferiori ai sei mesi)**

**Spett.le  
Amministrazione  
Straordinaria Ex Provincia  
Olbia Tempio  
Settore 4 Ufficio UIM  
Via Nanni n. 17/19  
07026 - Olbia (OT)**

### **QUADRO A – SOGGETTO OSPITANTE**

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... residente in  
..... Via ..... n. .... in qualità di titolare/legale rappresentante della  
Ditta/Ragione Sociale ..... con sede legale in .....  
(Prov. ....) Via ..... n. .... tel. .... / ..... Fax .....  
e-mail ..... Partita IVA .....  
Codice Fiscale Azienda ..... n. matr. INPS .....  
attività specifica svolta dall'azienda .....

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000:

### **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

di essere a conoscenza che:

- i beneficiari dei contributi sono tenuti a dare comunicazione motivata a questa Amministrazione dell'eventuale interruzione anticipata dell'iniziativa finanziata, qualunque ne sia la causa, nonché segnalare tempestivamente ogni mutamento del tirocinio e del suo programma;
- la Provincia procede all'integrale revoca del beneficio qualora non siano rispettati i termini e le condizioni per i quali è stato concesso il contributo;
- qualora l'azienda chiuda o interrompa l'attività aziendale per qualsiasi motivo, l'eventuale rimborso verrà erogato in riferimento al periodo di tirocinio svolto;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Assessorato del lavoro, formazione professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA  
EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO  
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7  
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

#### ALLEGATO C

- nessuna indennità è prevista per il *tirocinante* per cessazioni avvenute nei primi due mesi di tirocinio per cause a lui imputabili; analogamente nessun rimborso è previsto per il *Soggetto Ospitante* per cessazioni avvenute nei primi due mesi di tirocinio per cause a lui imputabili.

**Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che si procederà alla revoca integrale del contributo nei seguenti casi:**

- se, da accertamenti effettuati dalle autorità ispettive, emerga il mancato rispetto delle condizioni stabilite da accordi interconfederali, dai contratti collettivi di lavoro territoriali di categoria e dagli accordi stipulati a livello aziendale;
- fatte salve le pene previste dall'attuale legislazione per chi fornisce false o mendaci dichiarazioni o produce false attestazioni, i contributi sono totalmente revocati anche qualora, dai controlli effettuati emerga la mancanza di uno o più requisiti verificati in sede di istruttoria nella domanda di contributo o comunque contenuti nella documentazione allegata alla stessa.

**La revoca comporta l'esclusione dalla concessione del contributo, l'obbligo della restituzione di quanto eventualmente percepito ed il pagamento degli interessi legali calcolati dal momento dell'erogazione del contributo.**

L'Azienda dichiara altresì:

di aver attivato il tirocinio in data ..... con il Sig. .... in possesso dei requisiti previsti dall'AZIONE 2 BIS, Fondo Regionale per L'occupazione dei Diversamente Abili, giusta Comunicazione Obbligatoria n. \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con la seguente modalità:

☐ tirocinio formativo durata mesi \_\_\_\_\_ ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

orario settimanale previsto dal C.C.N.L. ....

Presso:

☐ Sede Legale

☐ Sede Operativa in ..... Via ..... n. ....

#### QUADRO B - TIROCINANTE

Cognome.....nome.....

cittadinanza.....sesso.....cod.fiscale.....

nato il.....a.....residente in.....(Prov.....)

via.....n°.....

domicilio.....

**A tal fine richiede l'assegnazione della prima tranche/saldo del contributo previsto dall'AZIONE 2 BIS, per l'attivazione di tirocini formativi e di orientamento per persone con disabilità, pari a totali €**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Assessorato del lavoro, formazione professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA  
EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO  
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7  
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

## ALLEGATO C

**Totale ore di tirocinio svolte:** \_\_\_\_\_ (come risultante dal libretto delle presenze del tirocinante allegato alla presente)

Di seguito si comunicano, in applicazione dell'art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari" della L. 136/2010 "Legge antimafia" e successive modifiche e integrazioni, quanto segue:

gli estremi identificativi del conto corrente (bancario o postale) \_\_\_\_\_ "dedicato, anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche/gestione dei finanziamenti pubblici" per l'accreditamento sono i seguenti:

C/C N. \_\_\_\_\_ BANCA \_\_\_\_\_

AG. N \_\_\_\_\_ COD. IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_

In ottemperanza dell'art. 28 del D.P.R. 29.9.73 n. 600, altresì,

**DICHIARA CHE IL CONTRIBUTO RICHIESTO**(barrare la casella interessata)

☐ **È ASSOGGETTABILE** alla ritenuta d'acconto del 4% di cui all'art. 28 del D.P.R. 600/1973 in quanto:

- ☐ il beneficiario è **Ditta Individuale / Società / Ente Commerciale.**
- ☐ il beneficiario è **Ente non commerciale**, ma il contributo suddetto è erogato per lo svolgimento di attività collaterali a quelle istituzionali aventi carattere di commercialità.
- ☐ (Altro) \_\_\_\_\_

☐ **NON È ASSOGGETTABILE** alla ritenuta d'acconto del 4% di cui all'art. 28 del D.P.R. 600/1973 in quanto:

- ☐ il beneficiario è **Organizzazione non lucrativa di utilità sociale - O.N.L.U.S.,**
- ☐ il beneficiario è **Ente non commerciale** ed il contributo suddetto è destinato a finanziare l'espletamento delle attività istituzionali e il raggiungimento dei fini primari dell'Ente.
- ☐ il beneficiario è **Ente non commerciale**, che può svolgere occasionalmente o marginalmente attività commerciali, ma il contributo suddetto non è in relazione ad alcun esercizio d'impresa e non produce reddito di natura commerciale.
- ☐ il contributo è destinato a finanziare l'acquisto di beni strumentali.
- ☐ Altro) \_\_\_\_\_

### **Si allega:**

- Dichiarazione "*de minimis*" o dichiarazione Regolamento UE 651/2014 in originale;
- Copia fotostatica del "*libretto del Tirocinante*"
- Copia fotostatica, non autenticata, del documento di identità del dichiarante in corso di validità;

Luogo e data .....

**Timbro e Firma del Dichiarante**