**Allegato F – Domanda erogazione contributo 50% D.M.**

Linee Guida per la gestione e la rendicontazione dei progetti

Avviso Pubblico per la concessione di aiuti alle imprese per la realizzazione di misure per la promozione del Diversity Management

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiario |  |
| Nominativo D.M. |  |
| CUP  |  |
| CLP |  |
| Prot. Convenzione |  |
| Periodo di riferimento del progetto | dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

Il/La sottoscritto/a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella sua qualità di Legale Rappresentante dell’azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale/partita iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale presso il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e del RT (Raggruppamento Temporaneo, laddove costituito) costituito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Beneficiaria dei finanziamenti assegnati con le risorse a valere sull’ Avviso Pubblico per la concessione di aiuti alle imprese per la realizzazione di misure per la promozione del Diversity Management, PO FSE 2014-2020 - OT 9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2. Azione 9.2.4 per la realizzazione del seguente Progetto: (inserire titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

**L’erogazione del contributo relativo al 50% del D.M., per un importo complessivo di euro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in lettere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Il pagamento dovrà essere accreditato sul conto corrente intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

presso l’istituto di credito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA[[1]](#footnote-1)**

* che il progetto, di cui sopra, ha avuto avvio in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e si concluderà in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ovvero nei termini previsti nel progetto originario nonché nella convenzione;
* che il conto corrente sopra specificato garantisce la tracciabilità dei flussi finanziari correlati alle operazioni cofinanziate dal Fondo Sociale Europeo 2014-2020 con la distinzione delle spese sostenute per attività di altra natura;
* che la figura professionale individuata per ricoprire il ruolo di D.M. e che dovrà supportare l’azienda, per l’intera durata del progetto, nell’attuazione, controllo, monitoraggio e supervisione delle attività previste dal Progetto D.M, è in possesso dei requisiti richiesti dall’Avviso;
* che le eventuali variazioni relative a: cronoprogramma, azioni/attività progettuali, personale coinvolto nel progetto (D.M., figura incaricata per lo svolgimento dei seminari informativi e, laddove prevista l’azione n. 3, l’addetto allo sportello d’ascolto), sono state correttamente comunicate;
* che si è provveduto alla sottoscrizione del contratto/lettera d’incarico prima dell’avvio dell’attività progettuale;
* che il contratto/lettera d’incarico è conforme rispetto alle attività da svolgere e alle giornate previste;
* che si è provveduto a far vidimare i registri delle attività in capo al D.M.;
* che si è provveduto a compilare correttamente i registri relativi alle attività del primo semestre in capo al D.M.;
* che si è provveduto alla corretta compilazione e sottoscrizione dei 2 timesheet trimestrali relativi alle attività del primo semestre in capo al D.M.;
* che sono state predisposte n. 2 relazioni trimestrali sull'attività svolta, controfirmate dal legale rappresentante del Beneficiario;
* che è stata predisposta la prima relazione, quella sull’avvio, delle tre richieste per la valutazione dei risultati dei questionari (avvio, itinere e finale), controfirmata dal legale rappresentante del Beneficiario;
* di conservare tutti i documenti amministrativo/contabili e di renderli disponibili agli Organismi di controllo presso gli uffici siti in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di indicare come referente del progetto il/la sig/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di riportare nella presente dichiarazione, le medesime informazioni caricate sul SIL Sardegna.

|  |
| --- |
| Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Timbro e Firma digitale[[2]](#footnote-2) del Legale Rappresentante del Beneficiario/Capofila del RT |
|  |  |

**Si allega copia documento d’identità del legale rappresentante in corso di validità.**

1. La presente dichiarazione è resa ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445. In caso di dichiarazioni mendaci e in caso di presentazione di documenti falsi o non più rispondenti alla realtà si incorre nelle sanzioni penali previste dalla succitata norma e nella immediata decadenza dal beneficio acquisito. [↑](#footnote-ref-1)
2. Documento firmato digitalmente in conformità alle disposizioni di cui al d.lgs. 7 marzo 2005 n.82, codice dell’amministrazione digitale. I documenti sottoscritti mediante firma digitale costituiscono copia originale ad ogni effetto di legge ai sensi del D. Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. Ai sensi del 1° comma dell’art. 45 del D.Lgs. 82/2005. I documenti trasmessi ad una pubblica amministrazione con qualsiasi mezzo telematico o informatico idoneo ad accertarne la fonte di provenienza, soddisfano il requisito della forma scritta e la loro trasmissione non deve essere seguita da quella del documento originale. [↑](#footnote-ref-2)