**Modello - DAT - Domanda d'Aiuto Telematica**

Spett.le

Comune di Olbia

Settore Servizi alla Persona

Via Dante

07026 OLBIA

**Oggetto:** AVVISO PUBBLICO **“Aiuti all’occupazione”** - ITI OLBIA “Città Solidale Sostenibile Sicura” - Azione 4 – “Inclusione Attiva: cultura d’Impresa – percorsi di sostegno socio-economico – aiuti all’occupazione” Sub azione 4.4 Progetti integrati finalizzati all’inclusione socio-lavorativa: aiuti all’occupazione. Progetto 4.4.3 Contributi per l’occupazione.

P.O.R. FSE 2014-2020 - Asse II - Inclusione sociale e lotta alla povertà

Obiettivo Specifico 9.2 – Incremento dell’occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, attraverso percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva delle persone maggiormente vulnerabili

Azione 9.2.2 – Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all’inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dall’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche e integrazioni.

|  |
| --- |
| ***Il/la sottoscritt\_*** |
| *Dati identificativi del rappresentante legale/procuratore* | Cognome | Nome |
|  |  |
| Luogo di nascita | Provincia di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |
| Residente a | in Via | n. |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C.A.P. | Prov. | Codice Fiscale | Telefono/Cellulare |
|  |  |  |  |
| In qualità di | Rappresentante legale | Procuratore |
|  |  |  |
| Se procuratore - Procura del (inserire data della stipula) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Dati identificativi dell’Impresa Proponente* | Denominazione |
|  |
| Codice Fiscale | Partita Iva |
|  |
| Dimensione dell’Impresa (Menù a tendina a scelta dell’impresa tra Micro, Piccola e Media) |
|  |
|  |
| CODICE IBAN

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

 |
| Intestato a |
|  |
| Presso |
|  |
| Soggetto/i abilitato/i ad operare sul suddetto conto |
| Nome | Cognome | Codice Fiscale |
|  |  |  |
| Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dell’impresa |
|  |
| *Dati identificativi della Sede Legale* | Provincia Sede Legale |
|  |
| Comune Sede Legale |
|  |
| Indirizzo Sede Legale |
|  |
| C.A.P. Sede Legale |
|  |
| Telefono |
|  |
| *Dati identificativi della Sede Operativa in Sardegna (se già attiva)* | Provincia Sede Operativa |  |
|  |
| Comune Sede Operativa |  |
|  |
| Indirizzo Sede Operativa |
|  |
| C.A.P. Sede Operativa |
|  |
| Telefono sede Operativa |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Dati identificativi del Referente della DAT* | Cognome | Nome |
|  |  |
| Codice Fiscale | In qualità di |
|  |  |
| Data di nascita | Provincia di nascita |
|  |  |
| Comune di nascita | Telefono/Cellulare |
|  |  |
| E-mail |
|  |

**CHIEDE**

* di partecipare all’Avviso in oggetto e di ricevere l’Aiuto come di seguito ripartito:
1. Bonus occupazione € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Dote formativa on the job € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* di optare per il seguente regime di aiuto (barrare la casella del regime scelto):
* Regime “De minimis” di cui al Reg. (UE) n. 1407/2013;
* Regime “In esenzione” di cui al Reg. (UE) n. 651/2014.
* che ogni comunicazione successiva venga trasmessa all’indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dell’impresa suindicata.

Inoltre, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, l’impresa decadrà automaticamente dall'ammissione al finanziamento

# DICHIARA

# (barrare la casella scelta)

# di voler assumere i seguenti destinatari:

# Tabella A

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome o Codice ID** | **Tipologia contratto****(determinato/indeterminato)** | **Durata contrattuale n. mesi\*****(per contratti a tempo determinato)** | **Full time o Part-time\*\*** | **Fascia retribuzione mensile****(vedi tabella art. 11 Avviso)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# \* il calcolo del contributo sarà per un massimo di 12 mesi

# \*\* in caso di part-time indicare la percentuale rispetto al full-time

# di aver già assunto i seguenti destinatari successivamente alla data di pubblicazione dell’avviso:

# Tabella B

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome o Codice ID** | **Tipologia contratto****(determinato/indeterminato)** | **Durata contrattuale n. mesi\*****(per contratti a tempo determinato)** | **Full time o Part-time\*\*** | **Fascia retribuzione mensile****(vedi tabella art. 11 Avviso)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# \* il calcolo del contributo sarà per un massimo di 12 mesi

# \*\* in caso di part-time indicare la percentuale rispetto al full-time

* che, qualora dovesse emergere la disponibilità di ulteriori risorse finanziarie, è disponibile all’assunzione di ulteriori destinatari per un numero di \_\_\_\_\_\_\_ unità lavorative oltre il numero massimo consentito dal presente Avviso;

Inoltre, il sottoscritto, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, l’impresa decadrà automaticamente dall'ammissione al finanziamento, l’eventuale Aiuto già erogato sarà oggetto di revoca con obbligo di restituzione al Comune di Olbia ed il dichiarante incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci, nonché che la falsa dichiarazione costituisce causa di esclusione per cinque anni dalla partecipazione a successivi bandi a finanziamento pubblico, nonché́, al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità̀ dei movimenti finanziari previsti dall’Art. 3 della Legge n.136/2010, con la presente

# DICHIARA

che ciascuna delle informazioni e dichiarazioni di cui agli allegati alla presente Domanda di Aiuto corrisponde a verità

|  |
| --- |
| di aver preso visione dell’**Avviso** e di accettarne, senza riserva alcuna, tutte le condizioni in nome e per conto dell’impresa suindicata |
|  A - è in possesso: |
| di una "firma elettronica digitale", in corso di validità del legale rappresentante o del procuratore, rilasciata da uno dei certificatori come previsto dall'Art. 29, comma 1 del Decreto Legislativo (D.Lgs.) 7 marzo 2005, n. 82 successivamente modificato e integrato prima con il Decreto Legislativo 22 agosto 2016 n. 179 e poi con il Decreto Legislativo 13 dicembre 2017 n. 217 |  |
| di una casella di “posta elettronica certificata” (PEC) rilasciata da uno dei Gestori di PEC ai sensi dell’Art. 14 del DPR 11 febbraio 2005, n.68 - Regolamento recante disposizioni per l'utilizzo della posta elettronica certificata, a norma dell'articolo 27 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 |  |
|  B - che l’impresa suindicata possiede tutti i **Requisiti generali di ammissibilità** dei soggetti proponenti indicati all’Art. 5 dell’Avviso, e in particolare: |

|  |  |
| --- | --- |
| essere un’impresa, come definita all’Art. 2 dell’Avviso attiva secondo la pertinente Camera di Commercio o equivalenti |  |
| essere regolarmente iscritti presso il Registro delle Imprese della competente Camera di Commercio o enti equivalenti e aver comunicato agli enti competenti ogni eventuale variazione intervenuta alla data della DAT |  |
| essere un'impresa attiva alla data della DAT e restare tale almeno per tutto il periodo per il quale è concesso l’Aiuto ovvero massimo 12 mesi |  |
| non essere un’impresa attiva esclusivamente nei settori pesca e dell’acquacoltura, produzione primaria di prodotti agricoli e trasformazione e commercializzazione di prodotti agricoli. Ove l’impresa sia attiva nei settori sopra indicati ed in altri settori, la stessa potrà beneficiare dell'aiuto per le sole attività riconducibili ai settori inclusi a condizione che sia garantita la separazione delle attività o la distinzione dei costi e che le attività esercitate nei settori esclusi non beneficino delle sovvenzioni concesse nell'ambito del presente Avviso, ai sensi dell’art. 1, comma 3, del Regolamento (UE) n. 651/2014 e dell’art. 1, comma 1, del Reg. (UE) n. 1407/2013. Il/ destinatario/i per il/i quale/i beneficia dell’Aiuto di cui al presente Avviso non può essere adibito alle attività secluse dall’Aiuto per il periodo in relazione al quale è concesso l’Aiuto e la dote formativa può essere impiegata in relazione alle suindicate attività  |  |
| impegnarsi (a pena di decadenza ex tunc) ad assumere i destinatari come indicato nella precedente Tabella B, presso una sede operativa sita nel territorio della Regione Sardegna, entro 20 di giorni lavorativi dalla concessione dell’Aiuto o dalla data di apertura di una sede operativa nel territorio della Regione Sardegna (la concessione dell’Aiuto avverrà con riserva di tale/i assunzione/i e salvo verifica) |  |
| impegnarsi a mantenere in servizio i lavoratori destinatari di cui al punto che precede durante tutto il periodo per il quale è concesso l’Aiuto e per lo stesso ammontare di ore previste nel contratto di assunzione, salvo licenziamento per giusta causa, dimissioni volontarie, pensionamento, o morte |  |
| osservare la pertinente normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza ed assicurazioni sociali obbligatorie, nonché rispettare la normativa in materia fiscale, ambientale, relativa alle pari opportunità di genere e alla prevenzione di ogni discriminazione, ivi incluso essere in regola con le assunzioni obbligatorie dei lavoratori con disabilità ai sensi della Legge n. 68/99 |  |
| non avere situazioni debitorie nei confronti della Regione Autonoma della Sardegna in relazione alle quali non sia stata approvata la rateizzazione ai sensi della D.G.R. n. 8/42 del 19.02.2019 recante "Modifiche ed integrazioni alla disciplina in materia di recupero e riscossione dei crediti regionali contenuta nell'allegato 1 alla D.G.R. n. 38/11 del 30.09.2014, nell'allegato alla D.G.R. n. 5/52 dell'11.2.2014 e nell'allegato alla D.G.R. n. 12/25 del 07.03.2017” |  |
| non aver compiuto, in presenza di tali rateizzazioni, gravi inadempimenti, che possano comportare la decadenza dal beneficio della rateizzazione e l'applicazione delle relative sanzioni, secondo quanto previsto nell' “Atto di indirizzo per la concessione di dilazioni di pagamento dei crediti regionali” (Allegato 3 alla D.G.R. n. 8/42 del 19.02.2019) |  |
| non aver concluso contratti di lavoro subordinato e autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Regione, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con l’Amministrazione regionale, nel rispetto del contenuto dell’articolo 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001 |  |
| non trovarsi in una situazione in cui sussistono cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall’art. 67 D.lgs. n. 159/2011 o tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all’articolo 84, comma 4, del medesimo Decreto |  |
| non avere in corso e/o non avere effettuato, nei 12 (dodici) mesi antecedenti la data di presentazione della Domanda, licenziamenti di lavoratori con contratto a tempo indeterminato per ragioni diverse dalla giusta causa o dal giustificato motivo soggettivo |  |
| rispettare le condizioni di cui all’Art. 31 del D.lgs 150/2015 relativo all’applicazione dei “Principi generali di fruizione degli incentivi”, richiamati anche nella circolare INPS n 102 del 16/07/2019 e precedenti |  |
| non versare in condizioni di difficoltà alla data del 31/12/2019, ai sensi dell'Art. 2, punto 18, del Regolamento (UE) n. 651/2014 della Commissione Europea |  |
| non essere soggetta a procedure concorsuali |  |
| non risultare, al momento della concessione dell’aiuto, destinatarie di un ordine di recupero pendente per effetto di una precedente Decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato interno, ivi compresi i casi previsti dal D.P.C.M. 23 maggio 2007, a meno che, ancorché destinatarie di un tale ordine di recupero, non abbiano provveduto al rimborso all’Autorità competente o al deposito di tale aiuto in un conto bloccato |  |

|  |
| --- |
| C - che l’impresa suindicata ha ricevuto Aiuti di Stato, a norma del Reg. (UE) n. 1407/2013 in Regime “De minimis”, durante i due precedenti esercizi finanziari e nell’esercizio finanziario in corso per un l’importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  |

ed inoltre con la presente dichiara

|  |
| --- |
| D - che l’impresa suindicata **si impegna a** rispettare in particolare l’Art. 15 dell’Avviso,ovvero i seguenti **Obblighi**: |
|  rispettare le norme relative al regime di aiuto di cui al Reg (UE) 651/2014 e/o di cui al Reg (UE) 1407/2013 |  |
| aprire una sede operativa nel territorio della Regione Sardegna, se non presente al momento della presentazione della DAT, entro 20 di giorni lavorativi dalla concessione con riserva dell’Aiuto a pena di decadenza ex tunc |  |
| non risolvere anticipatamente il rapporto di lavoro oggetto dell’incentivo, salva l’ipotesi di dimissioni volontarie, pensionamento, morte o licenziamento per giusta causa |  |
|  conservare tutta la documentazione di spesa per almeno 10 anni dalla concessione dell’Aiuto e, in ogni caso, per i tre anni successivi alla chiusura del POR FSE Sardegna 2014 - 2020, nel rispetto di quanto stabilito dall’art. 140 del Reg. (UE) 1303/2013 |  |
|  presentare, entro i termini di cui all’art. 11, le richieste di erogazione del contributo |  |
| comunicare tutte le informazioni ed i dati richiesti dal Comune Di Olbia relativi all’impresa e ai lavoratori, per le attività di controllo e monitoraggio |  |
| timbrare le buste paga riferite a tutto il periodo agevolato con la dicitura “Documento rendicontato totalmente/parzialmente sull’operazione cofinanziata dal PO FSE Sardegna 2014-2020” e, in caso di imputazione parziale, indicare l’importo rendicontato, così come previsto nel “Vademecum per l’operatore 1.0” |  |
| deve informare ogni lavoratore Destinatario che il proprio contratto di lavoro è stato incluso tra quelli per i quali l’impresa ha richiesto un contributo cofinanziato dal FSE, (il lavoratore dovrà sottoscrivere una dichiarazione che attesti l’avvenuta informazione da parte del datore di lavoro che dovranno essere caricati sul SIL Sardegna in fase di presentazione della domanda) |  |
| in caso di cessazione anticipata per cause non imputabili al datore di lavoro quali dimissioni volontarie, pensionamento, morte o licenziamento per giusta causa, deve comunicarlo al Comune di Olbia entro 5 giorni lavorativi dalla data di cessazione |  |
| in caso di cessazione anticipata per cause non imputabili al datore di lavoro quali dimissioni volontarie, pensionamento, morte o licenziamento per giusta causa l’Impresa beneficiaria deve provvedere all’assunzione di un nuovo lavoratore attinto dalla graduatoria degli idonei della selezione dei destinatari di cui all’Art. 6. In caso non sussistano destinatari idonei ex Art. 6 rimasti inoccupati, l’Aiuto sarà riparametrato in funzione del periodo nel quale il lavoratore ha effettivamente prestato servizio |  |
| deve applicare nei confronti del personale dipendente il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di riferimento |  |
| deve osservare la normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza ed assicurazioni sociali obbligatorie, nonché rispettare la normativa in materia fiscale |  |
| deve fornire, secondo le modalità stabilite dal Comune di Olbia, tutti i dati finanziari e fisici, nonché ulteriori informazioni ritenute utili ai fini del controllo, monitoraggio e valutazione in itinere ed ex post, attinenti alla realizzazione delle azioni oggetto di incentivo, nelle forme e modalità stabilite dalla normativa vigente. Il Comune di Olbia, unitamente agli altri organismi regionali, nazionali e comunitari competenti, potrà effettuare, in qualsiasi momento, verifiche ex-ante, in-itinere, ex-post, volte ad accertare la corretta realizzazione delle attività destinate a controllare la corretta gestione amministrativa e contabile delle attività |  |
| D - che l’impresa suindicata si impegna a comunicare immediatamente alla PEC protocollo@pec.comuneolbia.it ogni variazione rispetto a quanto dichiarato nella Domanda di Aiuto Telematica e suoi allegati e in particolare ogni variazione relativa agli importi ricevuti a titolo di Aiuto di Stato rispetto a quanto dichiarato al momento della presentazione dellaDAT |

**ALLEGA ALLA DAT**

* Annullo Marca da Bollo;
* Procura.

**INOLTRE DICHIARA**

* di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell’Art. 22 dell’Avviso;
* che la trasmissione della presente Domanda di agevolazione avverrà nel pieno rispetto delle modalità specificate in Avviso.

|  |  |
| --- | --- |
| **LUOGO E DATA** | FIRMATO**IL LEGALE RAPPRESENTANTE O IL PROCURATORE**(Firma digitale) |