|  |
| --- |
| MARCA DA BOLLO  € 14,62 [[1]](#footnote-1) |

Modello 9

All. 9) alla Determinazione n. 3237 del 19.12.2014

Il Dirigente ad interim

Arch. Giovanni Milia

## 

### PROVINCIA DI SASSARI

### *SETTORE VII PUBBLICA ISTRUZIONE-FORMAZIONE-LAVORO*

Spett.le Provincia di Sassari

Settore VII Pubblica Istruzione

Formazione-Lavoro

P.zza d’Italia, 31

07100 Sassari

|  |  |
| --- | --- |
|  | **AZIONE "INCENTIVI AL REIMPIEGO. ART. 29 L.R. 20/2005"**  **RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO - VOUCHER FORMATIVO**  Visto l'art. 29 della Legge regionale 5 dicembre 2005, n. 20, così come modificato dall'art. 3, comma 18 della Legge regionale 7 marzo 2012, n. 6 (Legge Finanziaria regionale 2012);  Vista la Deliberazione della Giunta regionale n.36/16 del 1.7.2008 "Criteri e modalità di utilizzazione delle risorse di cui all'art. 29 della L.R. n. 20/2005. Annualità 2005, 2006, 2007, 2008";  Vista la Deliberazione della Giunta regionale n. 22/6 del 22.5.2012 di approvazione dei criteri e delle modalità di utilizzo delle risorse di cui all'art. 29 della L.R. n. 20/2005 assegnate alle Amministrazioni provinciali;  Vista la Deliberazione della Giunta della Provincia di Sassari n. 93 del 17.12.2014 con la quale sono stati approvati i criteri e le modalità di utilizzo per l'erogazione delle risorse in argomento;  Vista la domanda di adesione all'Azione "Incentivi al reimpiego. Art. 29 L.R. 20/2005" dell'Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sottoscritta e regolarmente pervenuta alla Provincia di Sassari in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  Visto il Regolamento (UE) n. 1407/2013 della Commissione, del 18/12/2013, relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del Trattato agli aiuti di importanza minore (“de minimis“);  Visto il Regolamento (UE) n. 1408/2013 della Commissione, del 18 dicembre 2013, relativo all’applicazione degli art. 107 e 108 del Trattato TFUE agli aiuti “de minimis“ nel settore agricolo;  Visto il Regolamento (UE) n. 717/2014 della Commissione, del 27/06/2014 relativo all’applicazione degli art. 107 e 108 del Trattato TFUE agli aiuti “de minimis“ nel settore della pesca e dell'acquacoltura;  Visto il Regolamento (UE) n. 651/2014 del 17/06/2014 che disciplina la concessione di incentivi alle imprese per l’assunzione di lavoratori “svantaggiati”, definiti tali ai sensi dell’art. 2, punto 4 del medesimo disposto normativo |

#### **CONSIDERATO CHE**

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°.................

con sede operativa in ..............................................(Prov.......) Via ................................................. n°.................

telefono...................................................fax..……………………… e-mail ..........................................................

Partita IVA N............................................................... Codice Fiscale Azienda ...................................................

n. matricola INPS ....................................................................................................................................................

attività specifica svolta dall'azienda ........................................................................................................................

codice istat (ateco 2007) .........................................................................................................................................

totale dipendenti n. .................................................................................................................................................

**HA PROCEDUTO ALL'ASSUNZIONE**

dei lavoratori di seguito indicati:

**1° LAVORATORE** (barrare la categoria di appartenenza del lavoratore):

О lavoratori/trici in CIGS anche in deroga

О lavoratori/trici in mobilità anche in deroga

О lavoratori/trici in contratto di solidarietà

О lavoratori/trici iscritti/e da almeno 12 mesi all'anagrafe del Centro dei Servizi del Lavoro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dello status di disoccupazione di cui al D.Lgs n. 181/2000 e successive modificazioni ed integrazioni

Cognome e nome ……………………………………….....................................Cittadinanza....................................

Luogo di nascita....................................................data di nascita...............................Sesso...............

Codice fiscale ................................................ indirizzo (indicare residenza o domicilio se differente dalla residenza).......................................................................................……………………………………………….......

**TIPOLOGIA ASSUNZIONE**

data……..………..........contratto applicato ............................................................................................................

livello/categoria di inquadramento.........................................................................................................................

mansione specifica (qualifica).................................................................................................................................

libro matricola n. ....................................................................................................................................................

****a tempo indeterminato: *a tempo pieno* *a tempo parziale n. .......... ore settimanali*

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

presso:

*****Sede Legale in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….……..*

*****Sede Operativa in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….….*

**2° LAVORATORE** (barrare la categoria di appartenenza del lavoratore):

О lavoratori/trici in CIGS anche in deroga

О lavoratori/trici in mobilità anche in deroga

О lavoratori/trici in contratto di solidarietà

О lavoratori/trici iscritti/e da almeno 12 mesi all'anagrafe del Centro dei Servizi del Lavoro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dello status di disoccupazione di cui al D.Lgs n. 181/2000 e successive modificazioni ed integrazioni

Cognome e nome ……………………………………….....................................Cittadinanza....................................

Luogo di nascita....................................................data di nascita...............................Sesso...............

Codice fiscale ................................................ indirizzo (indicare residenza o domicilio se differente dalla residenza).......................................................................................……………………………………………….......

**TIPOLOGIA ASSUNZIONE**

data……..………..........contratto applicato ............................................................................................................

livello/categoria di inquadramento.........................................................................................................................

mansione specifica (qualifica).................................................................................................................................

libro matricola n. ....................................................................................................................................................

****a tempo indeterminato: *a tempo pieno* *a tempo parziale n. .......... ore settimanali*

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

presso:

*****Sede Legale in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….……..*

*****Sede Operativa in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….….*

**3° LAVORATORE** (barrare la categoria di appartenenza del lavoratore):

О lavoratori/trici in CIGS anche in deroga

О lavoratori/trici in mobilità anche in deroga

О lavoratori/trici in contratto di solidarietà

О lavoratori/trici iscritti/e da almeno 12 mesi all'anagrafe del Centro dei Servizi del Lavoro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dello status di disoccupazione di cui al D.Lgs n. 181/2000 e successive modificazioni ed integrazioni

Cognome e nome ……………………………………….....................................Cittadinanza....................................

Luogo di nascita....................................................data di nascita...............................Sesso...............

Codice fiscale ................................................ indirizzo (indicare residenza o domicilio se differente dalla residenza).......................................................................................……………………………………………….......

**TIPOLOGIA ASSUNZIONE**

data……..………..........contratto applicato ............................................................................................................

livello/categoria di inquadramento.........................................................................................................................

mansione specifica (qualifica).................................................................................................................................

libro matricola n. ....................................................................................................................................................

****a tempo indeterminato: *a tempo pieno* *a tempo parziale n. .......... ore settimanali*

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

presso:

*****Sede Legale in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….……..*

*****Sede Operativa in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….….*

**4° LAVORATORE** (barrare la categoria di appartenenza del lavoratore):

О lavoratori/trici in CIGS anche in deroga

О lavoratori/trici in mobilità anche in deroga

О lavoratori/trici in contratto di solidarietà

О lavoratori/trici iscritti/e da almeno 12 mesi all'anagrafe del Centro dei Servizi del Lavoro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dello status di disoccupazione di cui al D.Lgs n. 181/2000 e successive modificazioni ed integrazioni

Cognome e nome ……………………………………….....................................Cittadinanza....................................

Luogo di nascita....................................................data di nascita...............................Sesso...............

Codice fiscale ................................................ indirizzo (indicare residenza o domicilio se differente dalla residenza).......................................................................................……………………………………………….......

**TIPOLOGIA ASSUNZIONE**

data……..………..........contratto applicato ............................................................................................................

livello/categoria di inquadramento.........................................................................................................................

mansione specifica (qualifica).................................................................................................................................

libro matricola n. ....................................................................................................................................................

****a tempo indeterminato: *a tempo pieno* *a tempo parziale n. .......... ore settimanali*

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

presso:

*****Sede Legale in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….……..*

*****Sede Operativa in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….….*

**5° LAVORATORE** (barrare la categoria di appartenenza del lavoratore):

О lavoratori/trici in CIGS anche in deroga

О lavoratori/trici in mobilità anche in deroga

О lavoratori/trici in contratto di solidarietà

О lavoratori/trici iscritti/e da almeno 12 mesi all'anagrafe del Centro dei Servizi del Lavoro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dello status di disoccupazione di cui al D.Lgs n. 181/2000 e successive modificazioni ed integrazioni

Cognome e nome ……………………………………….....................................Cittadinanza....................................

Luogo di nascita....................................................data di nascita...............................Sesso...............

Codice fiscale ................................................ indirizzo (indicare residenza o domicilio se differente dalla residenza).......................................................................................……………………………………………….......

**TIPOLOGIA ASSUNZIONE**

data……..………..........contratto applicato ............................................................................................................

livello/categoria di inquadramento.........................................................................................................................

mansione specifica (qualifica).................................................................................................................................

libro matricola n. ....................................................................................................................................................

****a tempo indeterminato: *a tempo pieno* *a tempo parziale n. .......... ore settimanali*

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

presso:

*****Sede Legale in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….……..*

*****Sede Operativa in ……………………………… Via ………………………......... n. ………………….….*

**RICHIEDE**

la liquidazione del contributo "Voucher formativo" previsto dall’Azione "Incentivi al reimpiego. Art. 29 L.R. 20/2005" pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lordi (importo massimo € 3.000,00 per voucher).

Di seguito si specificano le coordinate bancarie del conto corrente dedicato alle commesse pubbliche per l’accreditamento:

**CODICE IBAN** .…………………………… …………………………………………………………..............

Intestato a ................................................................................................................................................................

Codice fiscale e generalità delle persone delegate ad operare sul cl conto corrente dedicato:

Cognome e Nome ............................................................................ C.F. ...............................................................

nato a ....................................................................... (Prov. .............) il ..................................................................

residente (inserire indirizzo completo) ....................................................................................................................

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

## DICHIARA

(barrare la casella interessata)

che il contributo richiesto

* **È ASSOGGETTABILE** **alla ritenuta d’acconto del 4% di cui all’art. 28del 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:**

* Modello 6 - Dichiarazione aiuti “de minimis” o Modello - 7 Dichiarazione Regolamento CE 651/2014
* Modello 10 - Progetto formativo
* Modello 11 - Dichiarazione dei costi sostenuti e relativo allegato
* Copia fotostatica del documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Luogo e data ………………….

**(Timbro e Firma del dichiarante)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. La marca da bollo va applicata ogni 4 pagine scritte. [↑](#footnote-ref-1)