



## ALLEGATO A - ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

### Dati Identificativi del Soggetto Proponente

Io sottoscritto/a      nome.....cognome.....

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ N° iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_

Luogo e data di iscrizione \_\_\_\_\_

Descrizione attività \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \* \_\_\_\_\_ Fax \* \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa interessata \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

REFERENTE
Cognome e Nome _____
Posizione _____
Telefono * _____ Fax * _____
Indirizzo PEC _____

#### TIPOLOGIA SOGGETTO PROPONENTE

*Barrare la casella corrispondente*



- Micro impresa
- Piccola impresa
- Media impresa
- Grande impresa

#### NUMERO DIPENDENTI

*Barrare la casella corrispondente*

- Compreso tra 0 e 5
- Compreso tra 6 e 19
- Maggiore di 19

**chiede**

l'ammissione al Programma: "*Tirocini di inserimento lavorativo per operatori socio sanitari*" in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla normativa di riferimento. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire alla Regione Campania tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Data

Firma del legale Rappresentante



**ALLEGATO B - AUTODICHIARAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE**  
*(Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000)*

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a .....  
 il....., residente a ....., via/piazza ..... n. .... - codice  
 fiscale ....., in qualità di legale rappresentante dell'impresa  
 ..... - codice fiscale/P.IVA ....., consapevole,  
 delle responsabilità penali – richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000 – cui può incorrere in caso di  
 dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli  
 artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000,

**dichiara**

- di conoscere ed applicare tutta la normativa che disciplina il presente intervento agevolativo;
- di prendere atto che tutte le comunicazioni inerenti alla presente procedura saranno effettuate a mezzo PEC (posta elettronica certificata);
- che l'impresa ha sede operativa interessata ricadente nel territorio della Regione Campania;
- che l'impresa non ha effettuato nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto, licenziamenti per riduzione di personale, salvo che per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo/oggettivo o per raggiungimento dei requisiti del pensionamento;
- che l'impresa non è ricorsa alla Cassa Integrazione Guadagni (Ordinaria, Straordinaria ed in deroga) nei 12 mesi precedenti la presentazione del progetto;
- che l'impresa è regolarmente iscritta alla Registro delle imprese della Camera di Commercio di .....con n°
- di non essere tenuta all'iscrizione alla Camera di Commercio
- di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza del lavoro;
- di essere in regola con le norme che disciplinano le assunzioni obbligatorie – quote di riserva – previste dalla legge n. 68/1999 e successive modificazioni, senza il ricorso all'esonero previsto dall'art. 5, comma 3, della legge medesima;
- che l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;
- che l'impresa non si trova in stato di difficoltà;
- che l'impresa non è ente destinatario di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- che l'impresa opera nei settori ammissibili al presente intervento;
- che l'impresa è in regola con le normative vigenti in materia fiscale, assicurativa e previdenziale, di avviamento al lavoro, di applicazione del ccnl e del contratto di categoria, di diritto al lavoro dei disabili, nonché con il pagamento dei tributi locali;
- di prendere atto delle cause di revoca delle agevolazioni, impegnandosi a restituire direttamente ed esclusivamente alla Regione Campania i contributi che dovessero risultare non dovuti a seguito di revoca;
- che l'impresa si impegna a tenere a disposizione della Regione Campania ogni documento e/o attestazione predisposto ai fini della procedura in parola.
- autorizza la Regione Campania ad essere inserita nell'elenco dei beneficiari ex art.7 Reg.Ce 1083/2006.

**Liberatoria per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a..... autorizza il trattamento delle  
 informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.Lgs. 196/03.



**ALLEGATO C - FORMULARIO**

**– FORMULARIO DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI:  
"Tirocini di inserimento lavorativo per operatori socio sanitari"  
Caratteristiche dell'intervento  
(da compilare per ciascun tirocinante)**

**DESCRIZIONE DEL PROFILO PROFESSIONALE :**

**MOTIVAZIONI DEL PROGETTO:**

**QUALITA' DEI CONTENUTI:**

**COERENZA TRA CONTENUTI E OBIETTIVI:**

**PROFESSIONALITA' IN USCITA:**



## ALLEGATO D – INFORMAZIONI SUL LAVORATORE

### Informazioni sulle unità lavorative su cui si richiede il contributo

*Sezione da compilare per ciascuna unità lavorativa per la quale si richiede il contributo*

#### Dati anagrafici del lavoratore

Nome e Cognome			
C.F.			
Luogo e data di nascita			
Comune di residenza			
Indirizzo			
CAP (Comune)			
Tel.		e-mail:	
Centro per l'Impiego presso cui il lavoratore risulta iscritto		Data di iscrizione al Centro per l'Impiego	

### PIANO FINANZIARIO (COSTI COMPLESSIVI) PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

<b>Ente/organismo di formazione:</b>	
<b>Progetto formativo:</b>	
<b>Tipologia di attività:</b>	

<b>A.2.1</b> Retribuzione allievi	0,00	
<b>A.2.2</b> Assicurazione INAIL e/o aggiuntive	0,00	
<b>TOTALE ALLIEVI</b>	<b>0,00</b>	
<b>TOTALE PROGETTO</b>	<b>0,00</b>	



ALLEGATO E – CLAUSOLA DI DEGGENDORF

## POR CAMPANIA FSE 2007/2013

PIANO D'AZIONE PER IL LAVORO “CAMPANIA AL LAVORO!”

### AVVISO PUBBLICO

per la presentazione

di domanda di incentivi all'assunzione per il progetto:

“PRIMIMPRESA OSS ”



Io sottoscritto (*cognome e nome*) ..... nato  
 a ..... il...../...../....., codice  
 fiscale....., nella qualità di legale  
 rappresentante ..... dell'impresa  
 (*denominazione*) ..... con codice fiscale  
 ..... e ..... sede  
 in .....consapevole delle responsabilità anche  
 penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente  
 decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera ai  
 sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, al fine di  
 usufruire del finanziamento previsto da  
 \_\_\_\_\_, qualificabile come aiuto di  
 Stato ai sensi dell'art.87 del Trattato istitutivo delle comunità europee, dichiaro:  
 (*barrare la voce che interessa*)

- di non aver mai ricevuto, neanche secondo la regola *de minimis*, gli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con le decisioni della Commissione europea indicate nell'art.4 del D.P.C.M. 23 maggio 2007 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 luglio 2007 n.160), adottato ai sensi dell'art. 1, comma 1223<sup>1</sup>, della legge 27 dicembre 2006 n. 296, pubblicato nella G.U. serie generale n.160 del 12/7/2007;
- di aver beneficiato, secondo la regola *de minimis*, degli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con la decisione della Commissione Europea indicata nell'art. 4 del D.P.C.M. 23 maggio 2007 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 luglio 2007 n. 160), adottato ai sensi dell'art. 1, comma 1223<sup>1</sup>, della legge 27 dicembre 2006 n. 296, pubblicato nella G.U. serie generale n. 160 del 12/7/2007, per un ammontare totale di euro ..... e di non essere pertanto tenuto all'obbligo di restituzione delle somme fruite;
- di aver rimborsato in data (*gg/mese/anno*) ...../...../..... mediante..... (*indicare il mezzo utilizzato: modello F24, cartella di pagamento, ecc... con cui si è proceduto al rimborso*) la somma di euro ..... comprensiva degli interessi calcolati ai sensi del Capo V del Regolamento (CE) 21/4/2004 n. 794/2004 relativa all'aiuto di Stato soggetto al recupero e dichiarato incompatibile con decisione della Commissione europea indicata nell'art. 4, comma 1, lettera ..... del D.P.C.M. adottato ai sensi dell'art. 1, comma 1223<sup>1</sup>, della legge 27 dicembre 2006 n. 296, pubblicato nella G.U. serie generale n.160 del 12/7/2007;



di aver depositato nel conto di contabilità speciale acceso presso la Banca d'Italia la somma di euro ....., comprensiva degli interessi calcolati ai sensi del Capo V del Regolamento (CE) 21/4/2004 n. 794/2004 relativa all'aiuto di Stato soggetto al recupero e dichiarato incompatibile con decisione della Commissione europea indicata nell'art. 4, comma 1, lettera ..... /del D.P.C.M. adottato ai sensi dell'art.1, comma 1223<sup>1</sup>, della legge n. 296/06.

DATA.....

FIRMA

.....

- *allego fotocopia del documento di identità in corso di validità.*

---

<sup>1</sup> ora art. 16 bis, comma 11, legge n. 11/2005, aggiunto dalla legge n. 34/2008