



MOD. A

DOMANDA DI ADESIONE

Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego
"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"

Spett.le
 Giunta Regionale Campania
 Settore Osservatorio del Mercato del Lavoro (ORMEL)

Oggetto: adesione all'Invito a manifestare interesse nell'ambito dell'intervento denominato "Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego" per l'attivazione di percorsi formativi in favore dei propri dipendenti beneficiari di trattamenti di CIGS in deroga, finalizzati al rafforzamento, aggiornamento ed acquisizione competenze dei propri lavoratori sospesi ed a favorire ed accelerare i processi di reintegro nelle aziende di provenienza.

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____

in qualità di legale rappresentante dell'azienda _____

cod. fisc. _____ Partita I.V.A _____

settore produttivo _____ cod. ATECO _____

oggetto di decretazione di concessione di Cigs in deroga dal _____ al _____

a seguito di accordo _____ del _____

con sede legale in _____ Via/Piazza _____

nr. posizione INPS _____ nr. posizione INAIL _____

fax _____ tel. _____ e-mail _____

avente in organico attualmente n. _____ lavoratori, di cui n. _____ beneficiari di trattamenti di CIGS in deroga fino al _____.

AI FINI DELL'ADESIONE ALL'AVVISO "AZIONE DI SISTEMA WELFARE TO WORK PER LE POLITICHE DI REIMPIEGO" E NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000, ART. 75 e 76, IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI,

DICHIARA

- 1) di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____ al n. _____ ed allega originale del certificato di iscrizione alla CCIAA non anteriore a n. 2 mesi dalla data di pubblicazione dell'avviso, dichiarando che nelle more non sono intervenute modificazioni;
- 2) di avere sede legale o unità operativa sul territorio della Regione Campania alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- 3) di essere in regola con gli adempimenti previsti dal D. Lgs. 626/94 e successive modificazioni in materia di sicurezza del lavoro e coordinamento;
- 4) di essere in regola con l'applicazione del CCNL che è il seguente:
 _____;

- 5) di essere in regola con il versamento degli obblighi contributivi ed assicurativi;
- 6) di non aver effettuato licenziamenti negli ultimi 6 mesi dalla data di presentazione della domanda, per la stessa qualifica professionale;
- 7) di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L. 12.03.1999 n. 68);
- 8) che l'azienda non è in liquidazione o fallimento ovvero che non vi sono domande giudiziali in tal senso, e di non essere sottoposti ad alcuna misura preventiva o a procedimenti in corso a proprio carico;
- 9) di non essere destinatario di sanzioni interdittive di cui al D.Lgs. n. 231/2001 o di altre sanzioni limitative, in via temporanea o permanente, della capacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
- 10) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art.10 della Legge n. 575/1965 e successive modificazioni, (in caso di società, la condizione deve riguardare tutti i soggetti di cui al D.P.R. 252/1998 art.2);
- 11) di aver preso visione dell'Avviso e di accettarne il contenuto;
- 12) di essere interessato ad attivare percorsi formativi di accompagnamento al reintegro in azienda per n. _____ dei propri lavoratori sospesi percettori di CIGS in deroga, aventi i requisiti previsti **(solo ed esclusivamente soggetti appartenenti al bacino Azione di Sistema Welfare to Work, individuati nel progetto esecutivo della Regione Campania, che hanno sottoscritto il Patto di Servizio presso i rispettivi Servizi per il Lavoro di competenza)**, finalizzati all'adattamento e/o aggiornamento delle competenze professionali, come riportato nella seguente tabella:

Numero lavoratori	Tipologia percorsi formativi	Profilo professionale
	<i>Aggiornamento</i>	
	<i>Riqualificazione/Riconversione</i>	
	<i>Potenziamento di skills specialistiche</i>	

- 13) di essere disponibile a fornire tutte le altre informazioni, documenti e notizie utili, designando referente a tal fine _____, da contattare ai seguenti recapiti telefonici _____;
- 14) di voler usufruire del contributo formativo finalizzato a favorire i processi di reintegro nell'azienda di provenienza del/i lavoratore/i a conclusione del percorso formativo, utilizzando lo strumento previsto dal programma (dote formativa), previa sottoscrizione dell'Atto di Concessione.
- 15) di impegnarsi ad accettare tutti i controlli che la regione riterrà di effettuare in ordine ai dati dichiarati nella presente domanda ed a quelli che verranno forniti successivamente nel monitoraggio e controllo delle attività finanziate.
- 16) di non trovarsi in una delle condizioni di "difficoltà" previste dagli Orientamenti Comunitari per il salvataggio e la ristrutturazione di imprese in difficoltà (GECE C 244/2 del 1/10/2004) e di non svolgere attività rientranti nei settori esclusi dal regolamento n. 1998/2006 art. 1;
- 17) di accettare di essere inserito negli elenchi dei beneficiari ai sensi dell'art. 7 par. 2 lettera b regolamento n. 1083/2006

(Timbro della ditta)

(Firma legale rappresentante)



Si allega:

- certificato iscrizione CCIAA, non anteriore a 2 mesi, con dicitura antimafia, solo se la richiesta di contributi è superiore ad € 50.000,00;
- copia fotostatica documento di identità del legale rappresentante.

Il sottoscritto autorizza all'utilizzo dei dati nel rispetto del nuovo Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. n° 196/2003, e dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445/2000, e la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti.

data_____

(Timbro della ditta)

(Firma legale rappresentante)



Mod. B

Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego **"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"**

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Spett.le
Regione Campania
Settore ORMEL

Con la presente si richiede l'erogazione del contributo economico previsto, finalizzato a favorire i processi di reintegro nell'azienda di provenienza, a conclusione del percorso formativo che ha interessato n. ____ dei propri lavoratori sospesi, per un importo totale di (indicare l'importo in cifre ed in lettere) €.....

A tal fine, si allega la seguente documentazione, necessaria per l'erogazione del contributo richiesto, qui di seguito elencata:

- 1) Copia Adesione del/i lavoratore/i al Programma WELFARE TO WORK, rilasciata dal CPI competente;
- 2) Copia fotostatica del documento del legale rappresentante dell'azienda;
- 3) Progetto formativo (All. 1);
- 4) Scheda presenza interna lavoratore/i e tutor (All. 5);
- 5) *Copia DURC relativo al mese della richiesta del contributo;*
- 6) Certificazione costi sostenuti ed eventuali giustificativi di spesa (All. 4).

Di seguito si specificano le coordinate bancarie per l'accreditamento:

CODICE IBAN :

..... lì,

FIRMA
(Legale Rappresentante)

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

DICHIARA
(barrare la casella interessata)

- ☐ di essere un'impresa commerciale ovvero non commerciale con attività commerciale e dunque che il contributo erogato dovrà essere assoggettato ai fini IRPEF/IRPEG a ritenuta del 4%;
oppure
- ☐ di essere un'impresa non commerciale che non esercita attività commerciale e dunque che il contributo erogato NON dovrà essere assoggettato ai fini IRPEF/IRPEG a ritenuta del 4%.

Il dichiarante assume ogni responsabilità in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rese. Resta inteso che ogni eventuale danno causato alla Regione Campania sarà a tutto carico del dichiarante. A tal fine, la Regione Campania si riserva di attivare ogni procedura utile al recupero delle somme dovute.

..... lì,

FIRMA
(Legale Rappresentante)



All. 1

Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego
"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"

SCHEMA PROGETTO FORMATIVO

(da compilare per ciascun soggetto da formare)

ANAGRAFICA BENEFICIARIO

Ragione Sociale del datore di lavoro

Reparto/Ufficio in cui si intende realizzare la formazione

Sede di svolgimento dell'attività formativa (Località)

Sede di svolgimento dell'attività formativa (Indirizzo)

Responsabile della formazione aziendale

Nominativo del Tutor aziendale e ruolo ricoperto in azienda (se interno)

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

Decreto Dirigenziale regionale di Concessione di CIGS in deroga n. _____

del _____



ANAGRAFICA DEL LAVORATORE

(da compilare per ciascun lavoratore inserito nella richiesta di contributo)

Nome e Cognome

Codice Fiscale

Data e Luogo di Nascita

Indirizzo e civico, CAP, comune di residenza, Provincia

Titolo di studio

Qualifica e mansione svolta presso il datore di lavoro

Sottoscrizione del Patto di Servizio (Programma Welfare to Work) presso il CPI

di _____ il _____



OBIETTIVI E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA WORK EXPERIENCE

IL LAVORATORE IN FORMAZIONE È TENUTO A SEGUIRE LE INDICAZIONI DEI TUTOR AZIENDALI ED A FARE RIFERIMENTO AD ESSI PER QUALSIASI ESIGENZA DI TIPO ORGANIZZATIVO-DIDATTICO O AD ALTRE EVENIENZE; RISPETTARE GLI OBBLIGHI DI RISERVATEZZA CIRCA I PROCESSI PRODUTTIVI, PRODOTTI OD ALTRE NOTIZIE RELATIVE ALL'AZIENDA DI CUI VENGA A CONOSCENZA, SIA DURANTE CHE DOPO LO SVOLGIMENTO DEL PERCORSO FORMATIVO; RISPETTARE I REGOLAMENTI AZIENDALI E LE NORME IN MATERIA DI IGIENE E SICUREZZA.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO FORMATIVO

AREA DI ATTIVITA' PREVALENTE DEL DATORE DI LAVORO

PIANO FORMATIVO

SINTESI DEGLI OBIETTIVI GENERALI

ARTICOLAZIONE DEL PERSORSO FORMATIVO (moduli, contenuti ed attività)

MANSIONE IN CUI SARA' IMPEGNATO IL LAVORATORE DA REINTEGRARE

COMPETENZE ATTESE E BISOGNI FORMATIVI FINALIZZATI AL REINTEGRO



METODOLOGIE ADOTTATE

INNOVAZIONI DI PRODOTTO E/O DI PROCESSO AVVIATE (se introdotte)

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI ATTESI ANCHE RISPETTO AL PIANO DI REINTEGRO

L'azienda, alla conclusione del percorso formativo, usufruirà del contributo economico previsto a rimborso dei costi sostenuti per la formazione.

..... lì,

(timbro)

Firma legale rappresentante



All. 2

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA
SCELTA DELL'ENTE DI FORMAZIONE**

"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ in qualità di Legale Rappresentante dell'azienda _____
con sede legale in _____ Prov. _____ alla via
_____ e sede operativa in _____ Prov.
_____ alla via _____.

In riferimento alle attività formative di cui all'art 5 dell'Avviso, considerato che l'azienda non dispone di capacità organizzativa ed attrezzature idonee e/o di locali adeguati allo svolgimento di attività didattiche.

Dichiara

Di voler rivolgersi ad enti/organismi di formazione, accreditati presso la Regione Campania, per lo svolgimento delle attività formative d'aula;

L'Ente di Formazione prescelto è _____

Con sede in _____ alla via _____

Codice Fiscale _____ Codice Accreditamento _____.

(Firma del legale rappresentante)



All. 3

AVVISO REGIONALE WELFARE TO WORK
 Azione di Sistema per le politiche di Re-Impiego
"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"
PIANO FINANZIARIO (COSTI COMPLESSIVI)
PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO FORMATIVO

Ente/organismo di formazione:
Progetto formativo:
Tipologia di attività: formazione professionale finalizzata al reintegro in favore di soggetti percettori di CIGS in deroga

VOCI DI SPESA		IMPORTO
B.1.1	Progettazione interna	
B.1.2	Progettazione esterna	
B.1.4	Inserzioni su stampa	
B.1.9	Elaborazione dispense didattiche personale interno	
B.1.10	Elaborazione dispense didattiche personale esterno	
	Totale (B1) Preparazione	
B.2.1	Retribuzione ed oneri personale interno	
B.2.2	Collaborazioni professionali docenti esterni	
B.2.3	Retribuzione ed oneri personale codocente interno o con funzioni di orientamento, accompagnamento e counselling interno	
B.2.4	Collaborazioni professionali codocenti esterni o con funzioni di orientamento, accompagnamento e counselling interno	
B.2.5	Retribuzioni ed oneri tutor interni e Tutor Formazione a distanza	
B.2.6	Collaborazioni professionali tutor esterni e Tutor Formazione a distanza	
B.2.8	Retribuzioni ed oneri personale Docente a "Contratto d'Opera"	
B.2.9	Retribuzioni ed oneri docenti di sostegno interni	
B.2.10	Collaborazioni professionali docenti di sostegno esterni	
B.2.11	Spese di viaggio, Trasferte, Rimborsi personale docente	
B.2.14	Assicurazione Inail	
B.2.15	Assicurazioni private ed aggiuntive	
B.2.16	Assicurazioni per le attività di stage	
B.2.18	Indennità mobilità allievi CIG-CIGS	
B.2.34	Affitto attrezzature	
B.2.35	Leasing attrezzature (esclusi oneri amministrativi e riscatto)	
B.2.36	Ammortamento attrezzature	



VOCI DI SPESA		IMPORTO
B.2.43	Indumenti protettivi	
B.2.44	Materiale didattico in dotazione collettiva	
B.2.45	Materiale in dotazione individuale	
B.2.47	Assicurazioni (non relative ad allievi)	
B.2.48	Fornitura per ufficio e cancelleria	
	Totale (B2) Realizzazione	
B.4.3	Retribuzioni ed oneri coordinatore interno	
B.4.4	Collaborazione professionale coordinatore esterno	
	Totale (B4) Direzione e controllo	
	Totale Progetto	



All. 4

Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego
"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"
DICHIARAZIONE "DE MINIMIS"

Il sottoscritto _____ nato/a
a _____ il _____ nella sua qualità di legale rappresentante
dell'impresa _____
Codice Fiscale _____ Partita I.V.A. _____
con sede legale in _____
Via / Piazza _____
Fax _____ Tel. _____ Mail _____

**AI FINI DELL'ADESIONE ALL'AVVISO REGIONALE WELFARE TO WORK E
NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 76 DEL
D.P.R. 445/2000 IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI**

DICHIARA

- che i contributi a titolo de minimis di cui si intende beneficiare si riferiscono a settori e attività diversi da quelli di cui all'art. 1 del Regolamento (CE) n. 1998/06(*);
- che i contributi richiesti a titolo di aiuti de minimis per la realizzazione del progetto (*indicare titolo*) _____ ammontano complessivamente ad Euro _____;
- di aver ottenuto, negli ultimi 3 esercizi finanziari, ivi compreso quello in corso, i contributi pubblici a titolo "de minimis" pari ad Euro _____ e di non beneficiare, per gli stessi costi ammissibili, di altri aiuti esentati o approvati attraverso notifica dalla Commissione Europea.

(Timbro dell'azienda)

(Firma del legale rappresentante)



All. 5

Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego
"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"

Dichiarazione Deggendorf

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
 DELL'IMPRESA BENEFICIARIA
 AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445

Io _____ (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 1223¹, della legge 27 dicembre 1996 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 1223¹, 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 1223¹, 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 1223¹, della legge n. 296/06.

DATA.....

FIRMA

.....

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

ALL. 6

Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di reimpiego
"Formazione finalizzata al reintegro per lavoratori in Cigs in deroga"

SCHEDA PRESENZA

INDIRIZZO :	Nome e Cognome del lavoratore in formazione
	Nome e Cognome Tutor aziendale
Mese :	note:

N.	Data	Sede di svolgimento delle attività	Orario Entrata	Orario Uscita	Attività svolta	Firma del tirocinante
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
Firma tutor			Timbro e firma legale rappresentante aziendale			

