

DD del

Check list per l'istruttoria delle domande di incentivi fiscali per l'assunzione di lavoratori svantaggiati in Campania

Informazioni generali	
Programma operativo	POR Campania FSE 2007-2013 - CCI 2007 IT 051 PO 001
Asse	II - <i>Occupabilità</i>
Obiettivo specifico	<i>e) attuare politiche del lavoro attive e preventive con particolare attenzione all'integrazione dei migranti nel mercato del lavoro, all'invecchiamento attivo, al lavoro autonomo e all'avvio di imprese</i>
Obiettivo operativo	<i>e3) consolidare ed ampliare il sistema di incentivi rivolti ai segmenti deboli del mercato del lavoro con priorità ai giovani, ai disoccupati di lunga durata e alle donne</i>
Responsabile dell'attuazione	Autorità di gestione del POR Campania FSE 2007-2013
Responsabile unico di procedimento	
Responsabile dell'istruttoria	
CUP	
Codice ufficio progetto	
Protocollo Regione	
Soggetto richiedente	
Sede legale	
Sede operativa	

Importo totale contributo richiesto per n. ____ lavoratori	€
--	---

Verifica completezza delle informazioni della domanda e delle dichiarazioni sostitutive

La domanda è compilata in ogni sua parte e contiene tutte le dichiarazioni sostitutive richieste	SI	NOTE:
	NO	
Indicazione sede/sedi operative dell'impresa	SI	NOTE:
	NO	
Tipologia del beneficiario:		Impresa
		Professionista iscritto ad albi professionali
		Associazione professionale
		Altre attività professionali secondo le norme vigenti
		NOTE:
Indicazione CCIAA e numero di iscrizione	SI	Specificare:
	NO	
Indicazione Albo e numero di iscrizione	SI	Specificare:
	NO	
Indicazione Associazione professionale	SI	Specificare:
	NO	

Verifica completezza delle informazioni della domanda e delle dichiarazioni sostitutive

Dichiarazione di esercizio di altre attività professionali secondo le norme vigenti	SI	Specificare:
	NO	
Dimensione dell'impresa		Micro impresa, piccola impresa, media impresa (Raccomandazione 2003/661/CE)
		Grande impresa
		NOTE:
Indicazione del CCNL applicato	SI	Specificare:
	NO	
Dichiarazione di regolarità con la normativa sulla sicurezza del lavoro	SI	NOTE:
	NO	
Indicazione numero/i posizione assicurativa e sede/i		Sede INAL _____ n° _____
		Sede INPS _____ n° _____
		Sede Cassa Edile _____ n° _____
		NOTE:
	NO	

Verifica completezza delle informazioni della domanda e delle dichiarazioni sostitutive

Dichiarazione di regolarità contributiva	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di regolarità con la normativa sul diritto al lavoro dei disabili	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di regolarità con il versamento di imposte e tasse	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione circa l'inesistenza di condizioni di incapacità a contrattare con la P.A. (art. 9 comma 2 lett. c) D.Lgs. 231/2001	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di non trovarsi in stato di liquidazione e fallimento o aver presentato domanda di concordato preventivo	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di non aver subito condanne definitive o passate in giudicato per inadempienze, illeciti o irregolarità connesse all'utilizzo di finanziamenti pubblici	SI	
	NO	
Dichiarazione che nei propri confronti non è stata emessa sentenza di condanna passata in giudicato/decreto penale di condanna divenuto irrevocabile/sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale ovvero sentenza di condanna passata in	SI	

Verifica completezza delle informazioni della domanda e delle dichiarazioni sostitutive

giudicato per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45 par. 1 della Direttiva CE 2004/18	NO	
Dichiarazione che nei propri confronti non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n.1423 e s.m.i. né sussiste una delle cause ostative previste dall'art.10 della legge 31 maggio 1965, n.575;	SI	
	NO	
Dichiarazione circa l'incremento netto dei dipendenti in relazione al numero dei dipendenti e al numero di ULA	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di non aver effettuato, nei sei mesi precedenti la presentazione della domanda riduzioni di personale tramite licenziamenti (salvo il caso di decesso, dimissioni volontarie, invalidità, pensionamento per raggiunti limiti di età, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o di licenziamenti per giusta causa) e di non avere giudizi pendenti in materia (copia del LUL degli ultimi sei mesi)	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione non operare nei settori esclusi ex commi 2 e 3, art. 1 del Regolamento 800/2008	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione clausola "Daggendorf"		Di non aver mai ricevuto aiuti dichiarati incompatibili
		Di aver ricevuto aiuti " <i>de minimis</i> " dichiarati incompatibili e non essere tenuto alla restituzione
		Di aver restituito aiuti dichiarati incompatibili
		NOTE:

Verifica completezza delle informazioni della domanda e delle dichiarazioni sostitutive

Dichiarazione che l'incremento netto realizzato tiene conto delle diminuzioni occupazionali verificatesi in società controllate o collegate ovvero di non trovarsi in situazioni di controllo o collegamento con altre società ai sensi dell'art. 2359 c.c	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di non avere in corso, ovvero di non aver attivato, dalla data di assunzione e nei successivi 12 mesi, procedure di CIG per la stessa qualifica professionale oggetto dell'incentivo	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di non aver fatto ricorso a procedure di mobilità a partire dal 14 maggio 2011 e fino alla data di conclusione dell'operazione oggetto dell'Avviso	SI	NOTE:
	NO	
Dichiarazione di non aver ricevuto la concessione di incentivi a favore dell'occupazione assegnati con i bandi del Piano "Campania al lavoro", ovvero "Più sviluppo più lavoro", "Più apprendi più lavoro", "CIG più", "Minimi Termini" per i medesimi lavoratori per i quali si fa istanza ai fini dell'avviso	SI	NOTE:
	NO	
	NO	

Le verifiche di cui ai seguenti punti vanno effettuate per ogni dipendente per è richiesta la concessione del beneficio

Dati anagrafici del lavoratore assunto per cui è richiesto il beneficio	SI	Specificare:
	NO	
Dati di assunzione: decorrenza, sede	SI	Specificare:
	NO	
Tipologia contratto		Full time
		Part-time
		NOTE:
Indicazione del numero medio dei dipendenti complessivamente impiegati a tempo indeterminato nei dodici mesi precedenti la data di assunzione del dipendenteper cui si chiede la concessione del beneficio presso tutte le sedi ubicate nel territorio della Regione Campania	SI	NOTE:
	NO	
Indicazione del numero medio complessivamente impiegati a tempo indeterminato nei dodici mesi precedenti la data di assunzione del dipendenteper cui si chiede la concessione del beneficio presso la sede operativa.....	SI	NOTE:
	NO	
Condizioni di svantaggio del lavoratore	SI	☐ Lavoratore svantaggiato ☐ Lavoratore molto svantaggiato
	NO	
Indicazione costi salariali	SI	NOTE:
	NO	
Contributo richiesto €.....		NOTE:

Conclusioni generali

Legenda:

SI	Istruttoria svolta con esito positivo
NO	Istruttoria svolta con esito negativo

Data conclusione istruttoria	
Nome e qualifica dell'istruttore	
Firma	
Data invio al controllo	