

Check list di controllo per la concessione di incentivi fiscali per l'assunzione di lavoratori svantaggiati in Campania

Numero protocollo regionale	
Data ricezione atti di istruttoria	

Programma operativo	POR Campania FSE 2007-2013 - CCI 2007 IT 051 PO 001
Asse	II - Occupabilità
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	
Soggetto che effettua il controllo	
CUP	
Codice ufficio progetto	
Soggetto richiedente	
Periodo per il quale si richiede il contributo	☐ 12 mesi ☐ 24 mesi

Numero lavoratori assunti che danno diritto al beneficio	
Importo totale del contributo richiesto	

FASE I

Verifica sulle dichiarazioni rese dal soggetto richiedente il contributo

Presenza certificato CCIAA	SI	SPECIFICARE:
	NO	
	N.A.	
Iscrizione Albo	SI	SPECIFICARE:
	NO	
	N.A.	
Iscrizione Associazione professionale	SI	SPECIFICARE:
	NO	
	N.A.	
Regolarità contributiva (DURC)	SI	Ente di riferimento: INPS
	NO	NOTE:
Posizione assicurativa INAIL	SI	Ente di riferimento: INAIL
	NO	NOTE:
	N.A.	
Rispetto normativa in materia di diritto al lavoro dei disabili.	SI	Ente di riferimento: Centri Per l'Impiego
	NO	NOTE:

	N.A.	
Rispetto della normativa fiscale	SI	Ente di riferimento: Agenzia delle Entrate
	NO	NOTE:
	N.A.	
Applicazione del CCNL	SI	Ente di riferimento: CCIAA
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica Casellario Giudiziario	SI	Ente di riferimento: Tribunale
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica Certificato carichi pendenti	SI	Ente di riferimento: Tribunale
	NO	NOTE:
Verifica Certificato carichi pendenti illeciti amministrativi	SI	Ente di riferimento: Tribunale
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica sull'attivazione delle procedure di CIG per la stessa qualifica professionale oggetto dell'incentivo dalla data di assunzione e per i successivi 12 mesi	SI	Ente di riferimento: ARLAS
	NO	NOTE:
	N.A.	



La tua
Campania
cresce in
Europa

Verifica sul rispetto della normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.	SI	Ente di riferimento: INAIL
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica sull'attivazione delle procedure di mobilità a partire dal 14 maggio 2011 e fino alla data di conclusione dell'operazione oggetto dell'Avviso.	SI	Ente di riferimento: ARLAS
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica sulla 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 del presente avviso	SI	Ente di riferimento: Regione Campania – AGC 17
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica sulle condizioni di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione di cui all'art. 9 comma 2 lett. c) del D.Lgs. 08.06.2001, n. 231	SI	Ente di riferimento: Tribunale
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica di non trovarsi in stato di liquidazione o fallimento e non ha presentato domanda di concordato	SI	Ente di riferimento: Tribunale
	NO	NOTE:
Verifica conformità alle disposizioni di cui al DPCM 23 maggio 2007, di non rientrare fra coloro che hanno ricevuto e successivamente non rimborsato o depositato in un conto bloccato, gli aiuti dichiarati illegali e incompatibili dalla Commissione europea	SI	Ente di riferimento: Regione Campania
	NO	Note:
	N.A.	

Verifica ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile (società controllate o collegate)	SI	Ente di riferimento: CCIAA
	NO	NOTE:
	N.A.	
Verifica che il richiedente non operi nei settori rientranti nei commi 2 e 3, art. 1 del Regolamento 800/2008	SI	Ente di riferimento: CCIAA
	NO	
	N.A.	
Verifica che il richiedente non abbia effettuato riduzioni di personale tramite licenziamenti	SI	Ente di riferimento: ARLAS
	NO	
	N.A.	

VERIFICA SULLE DICHIARAZIONI INERENTI L'INCREMENTO OCCUPAZIONALE

Verifica dell'incremento occupazionale

Numero dipendenti della sede nei dodici mesi precedenti l'assunzione

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
V.A. ¹												
ULA ²												
Dati medi	V.A.				ULA							

NOTE:

Numero dipendenti in tutte le sedi nei dodici mesi precedenti l'assunzione

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
V.A.												
ULA												
Dati medi	V.A.				ULA							

NOTE:

Contributo assentito €.

NOTE:

1 V.A.:valore assoluto.

2 Per il calcolo dell'ULA i dipendenti occupati part-time sono conteggiati come frazione di ULA in misura proporzionale al rapporto tra le ore di lavoro previste dal contratto part-time e quelle fissate dal contratto collettivo di riferimento. Pertanto 6 dipendenti occupati per un anno intero corrispondono a 6 ULA; sei dipendenti a tempo parziale per 12 mesi corrispondono a 3 ULA; un dipendente occupato a tempo pieno per 10 mesi, corrisponde a 0.83 ULA ($1 \cdot (10/12) = 0,83$).

VERIFICA DEGLI IMPORTI RIPORTATI NELLA DOMANDA E NEI DOCUMENTI ALLEGATI PER IL CALCOLO DEL CONTRIBUTO RICHIESTO

Dipendenti	Retribuzione lorda prima delle imposte (a)	Contributi obbligatori, quali gli oneri previdenziali (b)	Contributi assistenziali per figli e familiari (c)	Totale retribuzione mensile (d=a+b+c)	Importo del credito d'imposta – in Euro (e=d/2)

Elenco documenti visionati per il controllo
Libro Unico del Lavoro Contratto di lavoro DURC Certificato CCIAA/Albo/Ordine prof..le Altro: specificare _____

Conclusioni generali

--

Esito del controllo	
Importo Riconosciuto	TOT _____



La tua
Campania
cresce in
Europa

(all'esito del controllo di I livello)	Quota FSE _____
Importo non riconosciuto (all'esito del controllo di I livello)	TOT _____ Quota FSE _____
Data conclusione controllo	
Nome e qualifica del controllore	
Firma	

FASE II

VERIFICA COMPENSAZIONI

Verifica file dall' Agenzia delle Entrate	SI	Note:
	NO	
Verifica importo compensato	SI	Note:
	NO	

Esito del controllo	
Importo Riconosciuto (all'esito del controllo di I livello)	TOT _____ Quota FSE _____
Importo non riconosciuto (all'esito del controllo di I livello)	TOT _____ Quota FSE _____
Data conclusione controllo	
Nome e qualifica del controllore	
Firma	

FASE III-FOLLOW UP

VERIFICA DEL MANTENIMENTO LIVELLO OCCUPAZIONALE

Verifica mantenimento del livello occupazionale nei primi 12 mesi successivi all'assunzione	SI	Ente di riferimento:ARLAS
	NO	Note:
	N.A.	
Verifica mantenimento del livello occupazionale nei primi 24 mesi successivi all'assunzione	SI	Ente di riferimento:ARLAS
	NO	Note:
	N.A.	
Verifica mantenimento del livello occupazionale nei 36 mesi successivi all'assunzione	SI	Ente di riferimento:ARLAS
	NO	Note:
	N.A.	

Conclusioni generali

--

Esito del controllo	
Importo Riconosciuto (all'esito del controllo di I livello)	TOT _____ Quota FSE _____
Importo non riconosciuto (all'esito del controllo di I livello)	TOT _____ Quota FSE _____
Data conclusione controllo	
Nome e qualifica del controllore	
Firma	

Legenda:

SI	Controllo svolto con esito positivo
NO	Controllo svolto con esito negativo