



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



REGIONE LAZIO

Assessorato Lavoro e nuovi diritti, Scuola e Formazione, Politiche per la ricostruzione, Personale

Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l'Occupazione

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021 - 2027

Obiettivo di Policy 4 "Un'Europa più sociale"

Regolamento (UE) n. 2021/1060

Regolamento (UE) n. 2021 /1057

Priorità "Giovani"

Obiettivo specifico a) migliorare l'accesso all'occupazione e le misure di attivazione per tutte le persone in cerca di lavoro, in particolare i giovani, soprattutto attraverso l'attuazione della garanzia per i giovani, i disoccupati di lungo periodo e i gruppi svantaggiati nel mercato del lavoro, nonché delle persone inattive, anche mediante la promozione del lavoro autonomo e dell'economia sociale

Priorità "Occupazione"

Obiettivo specifico c) promuovere una partecipazione equilibrata al mercato del lavoro sotto il profilo del genere, parità di condizioni di lavoro e un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata, anche attraverso l'accesso a servizi economici di assistenza all'infanzia e alle persone non autosufficienti

Avviso Pubblico

"Incentivi occupazionali per favorire l'ingresso nel mondo del lavoro dei giovani e delle donne del Lazio"

ALLEGATO 6

MODELLO DOMANDA DI RIMBORSO



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



Modello domanda di rimborso (in caso di incentivo regime de minimis)

Il/La sottoscritto/a nome cognome
..... Nato/a a il
..... residente in via n. in qualità di
rappresentante legale (o delegato dal rappresentante legale con atto di delega del
..... (che alla presente si allega), dell'impresa denominata (ragione sociale)
..... con sede legale in via
..... n. partita IVA e
cod. fisc.

Visto l'Avviso pubblico approvato con determinazione dirigenziale n. del e la domanda di
incentivo occupazionale approvata con determinazione n. del CUP

CHIEDE

- il riconoscimento del contributo assegnato pari ad euro e relativo ai seguenti lavoratori assunti:

Nome lavoratore	Cognome lavoratore	Codice fiscale lavoratore	Contratto (TI)	Incentivo richiesto

Aggiungere righe se necessario

DICHIARA

I. che l'Impresa beneficiaria, con riferimento alle informazioni comunicate nella domanda di finanziamento:

(barrare)

- non ha variato i propri assetti societari

(oppure)

- ha acquisito il controllo della/e seguenti imprese *Replicare per ogni impresa*

Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Matricola INPS	

(oppure)

- è passata sotto il controllo della/e seguenti imprese *Replicare per ogni impresa*

Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Matricola INPS	



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



- in caso di variazione delle situazioni di controllo attive o passive sopra evidenziate, si rende disponibile a fornire, a richiesta della Regione Lazio, la documentazione necessaria i fini della verifica delle condizioni per il mantenimento dell'aiuto;

2. che l'Impresa beneficiaria, per il periodo di competenza della domanda di aiuto, ha mantenuto le condizioni dichiarate in sede di domanda, e segnatamente:

- svolge la propria attività nel settore ATECO _____ e segnatamente non svolge attività nei settori esclusi dall'avviso;
- è in regola con le norme in materia contributiva e previdenziale attestate nel DURC;
- garantisce trattamenti non inferiori a quelli previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e territoriali, se presenti, sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale;
- è in regola con la normativa vigente in materia di sicurezza del lavoro, assicurazioni sociali obbligatorie nonché rispettare la normativa in materia fiscale;
- è in regola con le assunzioni previste dalla Legge 68/99 e s.m.i. sul collocamento mirato ai disabili;
- è regolarmente costituita secondo il proprio regime giuridico;
- è operativa ed attiva alla data di presentazione della presente domanda di rimborso;
- non ha effettuato:
 - licenziamenti per giustificato motivo oggettivo individuali o plurimi, ai sensi della normativa vigente;
 - licenziamenti collettivi ai sensi della normativa vigente; - procedure di mobilità ai sensi della normativa vigente.
 - non ha effettuato sospensioni dal lavoro connesse ad una crisi o riorganizzazione aziendale.

Luogo e data

Legale Rappresentante o suo delegato*

(timbro e firma)

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Copia del documento di identità del dichiarante;
- Procura notarile in caso di DDR sottoscritta da delegato del Legale Rappresentante;
- Ulteriore documentazione (descrivere la documentazione ulteriore allegata).



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



Domanda di rimborso (in caso di incentivo regime aiuti in esenzione)

Il/La sottoscritto/a nome cognome
 Nato/a a il
 residente in via n. in qualità di
 rappresentante legale (o delegato dal rappresentante legale con atto di delega del
 (che alla presente si allega), dell'impresa denominata (ragione sociale)
 con sede legale in via
 n. partita IVA e
 cod. fisc.

Visto l'Avviso pubblico approvato con determinazione dirigenziale n. del e la domanda di
 incentivo occupazionale approvata con determinazione n. del CUP

CHIEDE

- il riconoscimento del contributo assegnato pari ad euro _____

DICHIARA

- Che l'importo dei costi salariali dei lavoratori per i quali è stato richiesto l'aiuto è pari a:

Nome lavoratore	Cognome lavoratore	Codice fiscale lavoratore	Contratto (TI)	Incentivo richiesto	Costo salariale annuo

Aggiungere righe se necessario

- che per ciascun lavoratore per il quale è stato richiesto l'aiuto sono rispettate le condizioni stabilite dalla normativa nazionale e comunitaria in ordine all'intensità massima del contributo, come si evince dal prospetto allegato;



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



FONDO SOCIALE
EUROPEO PLUS
2021-2027
PR. LAZIO

DICHIARA INOLTRE

1. che l'Impresa beneficiaria, con riferimento alle informazioni comunicate nella domanda di rimborso:

(barrare)

- non ha variato i propri assetti societari

(oppure)

- ha acquisito il controllo della/e seguenti imprese *Replicare per ogni impresa*

Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Matricola INPS	

(oppure)

- è passata sotto il controllo della/e seguenti imprese *Replicare per ogni impresa*

Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Matricola INPS	

- in caso di variazione delle situazioni di controllo attive o passive sopra evidenziate, si rende disponibile a fornire, a richiesta della Regione Lazio, la documentazione necessaria i fini della verifica delle condizioni per il mantenimento dell'aiuto;

2. che l'Impresa beneficiaria si trova in una delle seguenti condizioni:

A) Che per il periodo di competenza della domanda di aiuto, l'impresa beneficiaria

(barrare)

- Non ha percepito ulteriori contributi da cumulare a quelli percepiti a valere del presente avviso

oppure

- ha percepito ulteriori contributi¹ da cumulare a quelli stabiliti con il presente avviso, e segnatamente per i lavoratori indicati:

Nome	Cognome	Cod.fisc.	Fonte normativa	Descrizione	% abbattimento costo salariale annuo

¹ Il beneficiario può ricevere, per la stessa assunzione e per le stesse spese ammissibili, agevolazioni concesse con risorse pubbliche che non siano, però, classificabili come misure di aiuti di Stato. In particolare, l'incentivo, oggetto del presente Avviso, è compatibile con le agevolazioni derivanti da misure di carattere generale, quali sgravi contributivi e fiscali.



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



			incentivo		

B) Che, con riferimento al requisito dell'incremento occupazionale:
(barrare)

il requisito è garantito per tutte le mensilità di competenza della domanda di aiuto;

oppure

Il requisito non è garantito per le seguenti mensilità _____ di competenza della domanda di aiuto;

3. che l'Impresa beneficiaria, per il periodo di competenza della domanda di aiuto, ha mantenuto le condizioni dichiarate in sede di domanda, e segnatamente

- svolge la propria attività nel settore ATECO _____ e segnatamente non svolge attività nei settori esclusi dall'avviso;
- è in regola con le norme in materia contributiva e previdenziale attestata nel DURC;
- garantisce trattamenti non inferiori a quelli previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e territoriali, se presenti, sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale;
- è in regola con la normativa vigente in materia di sicurezza del lavoro, assicurazioni sociali obbligatorie nonché rispettare la normativa in materia fiscale;
- è in regola con le assunzioni previste dalla Legge 68/99 e s.m.i. sul collocamento mirato ai disabili;
- è regolarmente costituita secondo il proprio regime giuridico;
- è operativa ed attiva alla data di presentazione della presente domanda di rimborso;
- non è rientrata in nessuna delle casistiche di "impresa in difficoltà" secondo la definizione dell'art. 2, comma 18 del Reg 651/2014;
- non è stata destinataria di un ordine di recupero pendente per effetto di una precedente decisione della Commissione che dichiara un aiuto concesso dall'Italia illegale e incompatibile con il mercato interno;
- non ha effettuato:
 - licenziamenti per giustificato motivo oggettivo individuali o plurimi, ai sensi della normativa vigente;
 - licenziamenti collettivi ai sensi della normativa vigente; - procedure di mobilità ai sensi della normativa vigente.
 - non ha effettuato sospensioni dal lavoro connesse ad una crisi o riorganizzazione aziendale.

Luogo e data

Legale Rappresentante o suo delegato*

(timbro e firma)



Cofinanziato
dall'Unione europea



REGIONE
LAZIO



ALLEGA ALLA PRESENTE

- *Copia del documento di identità del dichiarante;*
- *Copia del prospetto di calcolo del costo salariale annuo del lavoratore (EXCEL);*
- *Procura notarile in caso di DDR sottoscritta da delegato del Legale Rappresentante;*
- *Ulteriore documentazione (descrivere la documentazione ulteriore allegata*

MODELLO PER IL PROSPETTO DI CALCOLO DEL COSTO SALARIALE ANNUO

	Nome Cognome
CCNL	
Livello di inquadramento	
Retribuzione base tabellare	
P.E.O.I.	
Superminimo	
Totale retribuzione MENSILE	
N. mensilità retribuite	
Retribuzione annua	
INPS a carico Azienda	
Altre casse a carico Azienda	
INAIL Carico Azienda	
TOTALE ONERI RETRIBUTIVI	
Trattamento di fine rapporto (TRF)	
COSTO SALARIALE LORDO ANNUO	