Allegato 3

**REGIONE LAZIO**

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

**Direzione regionale Istruzione, Formazione e Lavoro”.**

Attuazione del Programma Operativo della Regione Lazio Fondo Sociale Europeo Programmazione 2014-2020

Asse I - Occupazione - Priorità di investimento 8 ii) - Obiettivo specifico 8.1

Azione Cardine 24

|  |
| --- |
| **Avviso Pubblico**  **“Bonus occupazionale per le imprese – Sostegno all’occupazione per i disoccupati destinatari delle politiche attive regionali”** |

**ALLEGATO7**

**DOMANDA DI RIMBORSO**

**Domanda di rimborso 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. G18692 del 27/12/2019e la domanda di bonus occupazionale approvata con determinazione n.\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUP

**CHIEDE**

* il riconoscimento del contributo assegnato pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_ e relativo ai seguentilavoratori assunti:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome lavoratore* | *Cognome lavoratore* | *Codice fiscale lavoratore* | *Contratto*  *(TD / TI)* | *Full/Part time* | *Incentivo richiesto* |
|  |  |  |  |  |  |

*Aggiungere righe se necessario*

## DICHIARA

**1.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 |  |

* 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, peril 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).

**Domanda di rimborso 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. G18692 del 27/12/2019e la domanda di bonus 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 (TD / TI)* | *Full/Part time* | *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;

**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:**

1. *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 contributi[[1]](#footnote-2) da cumulare a quelli stabiliti con il presente avviso, e segnatamente per i lavoratori indicati:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | *Cognome* | *Cod.fisc.* | *Fonte normativa incentivo* | *Descrizione* | *% abbattimento costo salariale annuo* |
|  |  |  |  |  |  |

1. *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, peril 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 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 recuperopendente 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)

**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 |  | |

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, il Bonus, oggetto del presente Avviso, è compatibile con le agevolazioni derivanti da misure di carattere generale, quali sgravi contributivi e fiscali. [↑](#footnote-ref-2)