



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Politiche per il sostegno all'Impresa e all'Occupazione S3
CUF: 8CEHQ9 – CDR 00.10.01.02

AVVISO SO.LA.RE. Sardegna “Sostegno Lavoro Regione Sardegna” Annualità 2025
P.R. FSE + Sardegna 2021/2027 - Priorità 1 Occupazione Obiettivo specifico a
priorità dedicata: ESO4.1. - O.S. a) – Sett.Int.134
Annualità 2025

MODELLO CHECKLIST

SEZIONE 1) DATI RIEPILOGATIVI DELL'INTERVENTO OGGETTO DI CONTROLLO			
Avviso pubblico	AVVISO SO.LA.RE. Sardegna “Sostegno Lavoro Regione Sardegna” Annualità 2024 P.R. FSE + Sardegna 2021/2027 - Priorità 1 Occupazione Obiettivo specifico a priorità dedicata: ESO4.1. - O.S. a) – Sett.Int.134 - Annualità 2025		
Direttore di Servizio			
Funzionario incaricato del controllo			
Codice identificativo della DAT			
Data di invio della DAT			
Impresa proponente			
Codice fiscale			
Partita IVA			
PEC			
Dimensione dell'impresa			
Tipologia impresa			
Settore attività (codice ateco di candidatura)			
Forma giuridica			
Aiuto Richiesto in regime De Minimis			
Aiuto Richiesto in regime in esenzione			
Numero di assunzioni per le quali si richiede la sovvenzione (comprese tra il 1 marzo 2025 e fino al 31 dicembre 2025, esclusi i mesi di luglio e agosto)			
SEZIONE 2) CHECK LIST DI AMMISSIBILITÀ FORMALE			
Verifica della corretta e completa compilazione delle dichiarazioni presenti negli allegati alla DAT attestanti il possesso dei Requisiti di ammissibilità			
N.	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO	ESITO	NOTE
1	- Presenza degli allegati previsti dall'articolo 15 dell'avviso: DAT - Domanda d'Aiuto Telematica	SI/NO	Verificare che la DAT sia correttamente compilata in ogni sezione e che il soggetto firmatario abbia il potere di firma
2	- Presenza degli allegati previsti dall'articolo 15	SI/NO/N.A	



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Politiche per il sostegno all'Impresa e all'Occupazione S3
CUF: 8CEHQ9 – CDR 00.10.01.02

	dell'avviso: DAT - Allegato 1 - Modulo di annullamento marca da bollo		
3	- Presenza degli allegati previsti dall'articolo 15 dell'avviso: Allegato 2 - Scansione del documento di identità (solo se si sottoscrive la domanda con firma autografa)	SI/NO/N.A	
4	- Presenza degli allegati previsti dall'articolo 15 dell'avviso: Allegato 4 - Modulo Regime "in esenzione" Reg. (UE) 651/2014 (solo se si intende richiedere l'erogazione dell'aiuto a valere sul regime "in esenzione");	SI/NO/N.A	
5	- Presenza degli allegati previsti dall'articolo 15 dell'avviso: Allegato 7 - Scansione della procura/delega (nel caso in cui il dichiarante sia munito di procura speciale/delega)	SI/NO/N.A	
6	- Presenza degli allegati previsti dall'articolo 15 dell'avviso: Allegato 10 – Dichiarazione Titolare effettivo	SI/NO	
7	-Assenza debiti nei confronti dell'amministrazione regionale	SI/NO	
8	-Ottemperanza L. 68/99	SI/NO	
9	- Assenza licenziamenti con motivazione diversa dalla giusta causa	SI/NO	
10	Unità locale nel territorio della Regione Sardegna	SI/NO	
11	Codice Ateco di candidatura	SI/NO	
12	Poteri di rappresentanza	SI/NO	
13	Registro RNA Registro Nazionale Aiuti	SI/NO	
14	E' stato effettuato il controllo puntuale sulla dimensione dell'impresa	SI/NO	
ESITO CONTROLLO		POSITIVO/NEGATIVO/DA INTEGRARE	
INDICARE LA DATA E I MOTIVI DELLE INTEGRAZIONI RICHIESTE			
NOTE			
DATA DEL CONTROLLO			
NOME, COGNOME E FIRMA AUTOGRAFA O DIGITALE DEL FUNZIONARIO INCARICATO DELLA VERIFICA FORMALE		FIRMA_____	
<i>Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità ai sensi del D.lgs 39/2013 e dell'EGESIF 14-0012</i>			
<i>Il/la sottoscritto/a, in relazione all'incarico relativo allo svolgimento del controllo di verifica di ammissibilità formale dell'operazione sopra indicata, ai sensi delle disposizioni di cui al DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara: - di non avere, nei due anni antecedenti il conferimento dell'incarico, svolto incarichi o ricoperto cariche per conto dei beneficiari oggetto di esame della verifica relativa all'operazione sopra indicata;- di non avere parenti e/o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente che abbiano interessi con i beneficiari oggetto dell'esame nella verifica relativa all'operazione sopra indicata; - la non sussistenza di interessi finanziari e di potenziali conflitti di interesse con i beneficiari oggetto di esame, nella verifica relativa all'operazione sopra indicata; Dichiaro/no inoltre di impegnarsi, al sopraggiungere, nel corso dell'incarico, di una causa di incompatibilità contemplata, a darne tempestiva comunicazione all'Autorità di Gestione del PR FSE +2021/2027</i>		FIRMA_____	