



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

## 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

Riepilogo Domanda	
Codice domanda	Data invio
Denominazione impresa	
Codice Fiscale	Partita Iva
Tipologia Impresa	Dimensione impresa
Settore Ateco	Forma Giuridica
Regime	
Numero di protocollo del DURC	Data di validità DURC
Lavoratori dipendenti	Soci che svolgono attività regolare nell'impresa
Proprietari gestori	Numero complessivo delle mensilità sia part time che full time
Note	

Check	Controllo	Note	Punto di controllo
1	Presenza degli allegati previsti dall'articolo 10 dell'avviso: DAT - Domanda d'Aiuto Telematica	Positivo Negativo Non applicabile	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 10 dell'avviso: Allegato 1 - Modulo di annullamento marca da bollo	Positivo Negativo Non applicabile	
3	Presenza degli allegati previsti dall'articolo 10 dell'avviso: Allegato 2 - Scansione del documento di identità	Positivo Negativo Non applicabile	In caso di sottoscrizione della domanda con firma autografa
4	Presenza degli allegati previsti dall'articolo 10 dell'avviso: Allegato 4 - Modulo Regime in Esenzione Reg (UE) 651/2014	Positivo Negativo Non applicabile	In caso di richiesta dell'aiuto a valere sul regime "in esenzione"
5	Presenza degli allegati previsti dall'articolo 10 dell'avviso: Allegato 7 - Scansione della procura (nel caso di dichiarante Procuratore Speciale)	Positivo Negativo Non applicabile	Verificare che la procura sia correttamente compilata e firmata
6	Assenza debiti nei confronti dell'amministrazione regionale	Positivo Negativo Non applicabile	riportare eventuali rateizzazioni e/o accordo di tipo transattivo
7	Ottemperanza L. 68/99	Positivo Negativo Non applicabile	



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

	Check	Controllo superato	Note	Punto di controllo
8	Assenza licenziamenti con motivazione diversa dalla giusta causa	Positivo Negativo Non applicabile		
9	Unità locale nel territorio della Regione Sardegna	Positivo Negativo Non applicabile		Verificare dalla visura camerale. Si allega visura
10	Codice Ateco di candidatura	Positivo Negativo Non applicabile		Verificare che sia presente tra quelli di cui all'allegato dell'avviso e che sia presente in visura
11	Poteri di rappresentanza	Positivo Negativo Non applicabile		Verificare che la firma sia stata apposta dal legale rappresentante o soggetto munito dei poteri di firma. Verificare dalla visura camerale
12	Dal Registro RNA Registro Nazionale Aiuti	Positivo Negativo Non applicabile		Verifica del rispetto del massimale concedibili in de minimis anche come "impresa unica"
13	E' stato effettuato il controllo puntuale sulla dimensione dell'impresa	Positivo Negativo Non applicabile		Se il controllo è positivo indicare nelle note "Fa parte del campione" Se il controllo è negativo indicare nelle nota "Non fa parte del campione" Nel caso in cui faccia parte del campione allegare la check list predisposta dal Direttore del Servizio Imprese e Supporto all'ADG nel campo "Allegato 1" accompagnata da relativa descrizione nel campo note.

**Istruttore**

Nome Cognome

Dichiaro 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;

Dichiaro 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;

Dichiaro 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 dare tempestiva comunicazione all'Autorità di Gestione del PR FSE +2021/2027.

**Istruttoria**

Importo richiesto

Esito istruttoria

Positivo - Negativo - Da integrare - In corso

Check list istruttoria

Altro allegato

Note

Data istruttoria