

RICHIESTA EROGAZIONE ANTICIPO

Alla

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNAAssessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e della Sicurezza Sociale
Servizio Attuazione delle Politiche per le Pa, le
Imprese e gli Enti del Terzo Settore**Avviso "DESTINAZIONE SARDEGNA LAVORO" Annualità 2019****POR Sardegna FSE 2014/2020 – ASSE I Occupazione – azione 8.6.1**

Il/La sottoscritto/a _____
 Codice Fiscale _____ nato/a _____ Prov. (____) il _____
 residente nel Comune di _____ Provincia (____)
 Via/Piazza _____
 nella qualità di ⁽¹⁾ _____ se procuratore: numero e data procura _____
 dell'Impresa _____ codice progressivo n° A _____ inclusa
 nell'elenco allegato "A" di cui alla Determinazione di concessione n. _____ del _____,
 CLP _____ CUP _____
 per l'importo di € _____ dicono [in lettere] € _____ quale
 sovvenzione finalizzata alla concessione di contributi per l'estensione della durata dei contratti di lavoro
 stagionali e per l'allungamento della stagione turistica – POR Sardegna FSE 2014/2020 – ASSE I
 Occupazione, Azione 8.6.1 - con sede legale nel Comune di _____
 Provincia _____ Via/Piazza _____ n° _____
 con codice fiscale numero _____ e con partita I.V.A. numero _____
 telefono _____ e-mail _____
 fax _____ PEC ⁽²⁾ dell'impresa _____

PREMESSO CHE:

- con Determinazione di concessione n. _____ del _____ del Direttore
 del Servizio Attuazione delle Politiche per le Pa, le Imprese e gli Enti del Terzo Settore, è stato pubblicato
 l'elenco degli importi delle sovvenzioni concesse alle imprese ammesse al finanziamento a valere sull'Avviso
 Pubblico "DESTINAZIONE SARDEGNA LAVORO" - Annualità 2019 - procedura a sportello per l'estensione
 della durata dei contratti di lavoro stagionali e per l'allungamento della stagione turistica – POR Sardegna FSE

1 Specificare se legale rappresentante, procuratore speciale. Nel caso di sottoscrizione da parte del procuratore deve essere allegata la procura in originale o copia conforme e devono essere inseriti i dati relativi alla procura: numero procura e data della procura.

2 Campo obbligatorio - Indicare l'indirizzo di posta elettronica certificata comunicato al Registro delle imprese presso la CCIAA – Sarà utilizzato come recapito di riferimento per le comunicazioni inerenti l'avviso.

2014/2020 – ASSE I Occupazione – azione 8.6.1, nel quale l'Impresa risulta beneficiaria della sovvenzione per l'importo di € _____;

- ☐ dalla data di presentazione della nota di adesione sono intervenute variazioni nei requisiti dei Destinatari che comportano la rideterminazione della sovvenzione concessa per cui, ai sensi dell'art. 16, rinuncia alla somma di € _____ dicono [in lettere] € _____;

chiede

l'erogazione dell'anticipo di € _____ dicono [in lettere] € _____ pari al _____ % del finanziamento concesso e rideterminato (solo se barra il punto relativo alla rinuncia) relativa a:

- ☐ lavoratori assunti a tempo indeterminato
- ☐ lavoratori assunti sia tempo determinato che a tempo indeterminato

Al fine di dare corretta attuazione all'intervento, *consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dall'agevolazione concessa ex art. 75 del DPR 445/2000 e delle eventuali ulteriori sanzioni e penali*

Dichiara ⁽³⁾

☐ che dalla data di presentazione della nota di adesione non sono intervenute variazioni rispetto ai requisiti richiesti all'Impresa e ai propri rappresentanti e che eventuali successive variazioni verranno comunicate tempestivamente alla Amministrazione Regionale;

☐ **ovvero** che sono intervenute le variazioni sopra riportate, rispetto ai requisiti richiesti all'Impresa e ai propri rappresentanti con riferimento alla situazione comunicata con la nota di adesione;

☐ che dalla data di presentazione della Domanda di agevolazione ovvero della Nota di adesione non sono intervenute variazioni rispetto a quanto dichiarato con l'Allegato 2A, 2AII e 2B con riferimento ai requisiti richiesti all'Impresa per il regime di aiuto prescelto;

☐ **ovvero** che sono intervenute variazioni per le quali si allegano le seguenti dichiarazioni:

- o Allegato 2A – Dichiarazione per la concessione di aiuti in *de minimis* - Modello base *de minimis*
- o Allegato 2AII – Modello *de minimis* da compilarsi da parte dell'impresa controllante o controllata
- o Allegato 2B – Dichiarazione per la concessione dell'aiuto in regime REG. 651/2014

☐ che l'Impresa opera solo nei settori economici ammissibili al finanziamento;

☐ **ovvero** che l'Impresa opera anche in settori economici esclusi e dispone di un sistema adeguato di separazione delle attività o distinzione dei costi;

☐ che dati necessari per la richiesta del D.U.R.C. (Documento Unico di Regolarità Contributiva) sono:

Sede operativa Ind. Attività	CAP	COMUNE	PR
	VIA		N°

3 Barrare le relative caselle.



C.C.N.L. applicato	L'impresa dichiara di applicare il Contratto Collettivo Nazionale, stipulato dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, del seguente settore:	
INAIL – codice ditta	INAIL – sede competente	
INPS – matricola azienda	INPS – sede competente	

☐ che il conto corrente sul quale dovranno essere accreditate le somme concesse è il seguente:

Denominazione banca: _____

Indirizzo banca Via _____ Città _____ Prov. _____

n° conto _____ ABI _____ CAB _____

IBAN _____

intestato a _____

dichiara inoltre che

(solo per le imprese che hanno scelto il regime "Reg.651/2014")

(barrare l'opzione o le opzioni che ricorrono)

☐ Il/i soggetto/i assunto/i è/sono **lavoratore/i svantaggiato/i** e l'intensità di aiuto (contributo concesso), per ciascuno, non supera il 50% dei costi salariali ammissibili sostenuti durante un periodo massimo di **12 mesi** successivi all'assunzione ⁽⁴⁾;

☐ Il/i soggetto/i assunto/i è/sono **lavoratore/i molto svantaggiato/i** e l'intensità di aiuto (contributo concesso), per ciascuno, non supera il 50% dei costi salariali ammissibili sostenuti durante un periodo massimo di **24 mesi** successivi all'assunzione ⁽⁵⁾;

☐ Il/i soggetto/i assunto/i è/sono **lavoratore/i disabile/i** e l'intensità di aiuto (contributo concesso), per ciascuno, non supera il 75% dei costi salariali ammissibili sostenuti.

Condizioni di cumulo (barrare l'opzione che ricorre)

(per le imprese che hanno scelto il regime "reg. 651/2014")

☐ In riferimento agli stessi «**costi ammissibili**», l'impresa rappresentata **NON** ha beneficiato di altre agevolazioni di qualsiasi natura previste da norme statali, regionali, comunitarie o comunque concesse da istituzioni o enti pubblici, incluse quelle a titolo di de minimis (L 407/90, L 381/91, Mobilità, ecc.).

☐ In riferimento agli stessi «**costi ammissibili**», l'impresa rappresentata ha beneficiato delle seguenti agevolazioni

N.	Ente concedente	Riferimento normativo o amministrativo che prevede l'agevolazione	Provvedimento di concessione	Regolamento di esenzione (e articolo pertinente) o Decisione Commissione UE	Intensità di aiuto		Importo
					Ammissibile	Applicata	

4 Nel caso di contratti di durata inferiore ai 12 mesi occorrerà considerare i mesi effettivi di occupazione inferiori ai 12 mesi.

5 Nel caso di contratti di durata inferiore ai 24 mesi occorrerà considerare i mesi effettivi di occupazione inferiori ai 24 mesi.

TOTALE							

(per le imprese che hanno scelto il regime "de minimis")

Condizioni di cumulo (barrare l'opzione che ricorre)

☐ Che in riferimento agli stessi «**costi ammissibili**» l'impresa rappresentata **NON** ha beneficiato di altri aiuti di Stato

☐ Che in riferimento agli stessi «**costi ammissibili**» l'impresa rappresentata ha beneficiato dei seguenti aiuti di Stato:

N.	Ente concedente	Riferimento normativo o amministrativo che prevede l'agevolazione	Provvedimento di concessione	Regolamento di esenzione (e articolo pertinente) Decisione Commissione UE	Intensità di aiuto		Importo
					Ammissibile	Applicata	
TOTALE							

Allega (6)

- ☐ In caso di sottoscrizione da parte di un procuratore del legale rappresentante allegare la procura in originale o copia conforme;
- ☐ Garanzia fidejussoria a favore della Regione in originale, redatta secondo il modello fac-simile Allegato E;
- ☐ Autocertificazione dati Destinatari (Allegato F).

(Il legale rappresentante dell'impresa)

Firma digitale

6 Barrare le relative caselle

