



REGIONE AUTONOMA 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 LIST DI VERIFICA DI AMMISSIBILITA' FORMALE PER
L'AVVISO PUBBLICO A SPORTELLO INCENTIVI ALL'OCCUPAZIONE DI PERSONE DISOCCUPATE E DI LAVORATORI A
RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA O DI POVERTA'
P.R. FSE + SARDEGNA 2021/2027 AL SERVIZIO DELLA DIGNITÀ**

SEZIONE 1) DATI RIEPILOGATIVI DELL'INTERVENTO OGGETTO DEL CONTROLLO

AVVISO PUBBLICO	AVVISO PUBBLICO A SPORTELLO INCENTIVI ALL'OCCUPAZIONE DI PERSONE DISOCCUPATE E DI LAVORATORI A RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIO-LAVORATIVA O DI POVERTA' D.G.R. n. 28/16 del 31.7.2024 - D.G.R. n. 37/17 del 25.9.2024 CATEGORIA A	
DIRETTORE DEL SERVIZIO	Paolo Sedda	
FUNZIONARIO INCARICATO DEL CONTROLLO		
CODICE IDENTIFICATIVO DELLA DAT		
IMPRESA PROPONENTE		
CODICE FISCALE / PARTITA IVA		
PEC		
DIMENSIONE IMPRESA		
SETTORE ATECO CANDIDATURA		
REGIME PRESCELTO		
NUMERO LAVORATORI PER I QUALI SI CHIEDE L'AIUTO		
ARTICOLAZIONE AIUTO LINEA A	Aiuto costi salariali	
ARTICOLAZIONE AIUTO LINEA B	Aiuto formazione neoassunti	
RISORSE FINANZIARIE DELL'AVVISO	FSE + € 40.000.000	
PRESENZA DEI DOCUMENTI PREVISTI DALL'ARTICOLO 9 DELL'AVVISO:	Domanda di aiuto telematica (DAT)	SI NO
PRESENZA DEGLI ALLEGATI DI CUI ALL'ARTICOLO 9 DELL'AVVISO:	Allegato 1 Scansione della procura	SI NO



REGIONE AUTONOMA 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

	Allegato 2 Scansione documento di identità del sottoscrittore	N.A. SI NO N.A.
PRESENZA DEGLI ALLEGATI PREVISTI DALL'ARTICOLO 9 DELL'AVVISO:	Allegato 8 Dichiarazione titolare effettivo	SI NO
TUTTI GLI ALLEGATI SONO SOTTOSCRITTI (CON FIRMA DIGITALE O AUTOGRAFA)	SI NO	NOTE
IMPORTO TOTALE RICHIESTO (EURO)		

Sezione 2) Check list di controllo

N.	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO		NOTE
1	REGOLARITÀ DEL DURC	SI NO	RIPORTARE PROTOCOLLO ACQUISIZIONE E SCADENZA
2	ASSENZA DEBITI NEI CONFRONTI DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE	SI NO	RIPORTARE EVENTUALI RATEIZZAZIONI E/O ACCORDO DI TIPO TRANSATTIVO
3	OTTEMPERANZA L. 68/99	SI NO N.A.	
4	ASSENZA LICENZIAMENTI CON MOTIVAZIONE DIVERSA DALLA GIUSTA CAUSA	SI NO	N.B. IL CONTROLLO DEVE ESSERE EFFETTUATO NELL'INTERVALLO TEMPORALE 18.10.2023/18.10.2024
VERIFICHE EX ANTE SUL REGISTRO IMPRESE E REGISTRO NAZIONALE AIUTI DI STATO (RNA)			
1	UNITA' LOCALE NEL TERRITORIO DELLA REGIONE SARDEGNA	SI NO	<i>Si allega la visura</i>
2	POTERI DI RAPPRESENTANZA	Legale Rappresentante Procuratore	<i>Verificare che la firma sia stata apposta dal legale rappresentante o soggetto munito dei poteri di firma (verifica dalla visura)</i>



REGIONE AUTÓNOMA 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

N.	DESCRIZIONE DEL CONTROLLO		NOTE
3	SCANSIONE DELLA PROCURA	SI NO	<i>In caso di firma del Procuratore o in caso di sottoscrizione autografa</i>
4	DALLA VISURA CAMERALE VERIFICA CODICE ATECO VERIFICA STATO (ATTIVO)	SI NO	<i>N.B. Verificare che il codice ATECO non sia tra quelli esclusi dall'avviso ossia tabella in calce più: 92.00.01 92.00.02 92.00.09</i>
5	DALLA VISURA AIUTI VERIFICARE IL MASSIMALE CONCEDIBILE	SI NO	<i>Verifica del rispetto del massimale concedibile in de minimis anche come "impresa unica"</i>
6	DALLA VISURA DEGGENDORF REGOLARITA' NEI CONFRONTI UE	SI NO	<i>N.B. Verifica da effettuare solo in caso di opzione di scelta per il regime in esenzione</i>



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

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: _____
Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità ai sensi del D.lgs 39/2013 e dell'EGESIF 14-0012 <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:</i> <i>- 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;</i> <i>- 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: _____