

 <p>Unione Europea Fondo Sociale Europeo</p>	 <p>Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione</p>	 <p>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale</p>	 <p>Provincia di Olbia-Tempio</p>	 <p>ItaliaLavoro</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ALLEGATO B



Azione di Sistema
Welfare to Work
Per le politiche di re-impiego

**DOMANDA DI ADESIONE DEL DATORE DI LAVORO ALL'AZIONE DI SISTEMA
WELFARE TO WORK PER LE POLITICHE DI RE-IMPIEGO
-BONUS ASSUNZIONALE E DOTE FORMATIVA-**

Spett.le
Provincia di Olbia Tempio
Settore 3, "Sportello WtoW"
via Nanni n. 17/19
07026Olbia (OT)

Oggetto: Adesione all'Invito a manifestare interesse all'assunzione di:
Lavoratori percettori di ammortizzatori sociali in deroga;
Lavoratori svantaggiati (così come definiti dal Regolamento CE nr. 800/2008) non percettori
di ammortizzatori sociali con particolare riferimento ai seguenti target:

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
nella sua qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta/Ragione
Sociale _____
con sede legale in _____ Via / Piazza _____
_____ fax _____ tel. _____ e-mail _____
cod.fisc.Azienda _____ Partita I.V.A. _____

AI FINI DELL'ADESIONE ALL'AVVISO ED ALL' AZIONE DI SISTEMA WTW E NELLA PIENA
CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DAL D.P.R. 445/2000, ART. 76, IN CASO DI
AFFERMAZIONI MENDACI

DICHIARA

(compilare la parte che interessa)

 <p>Unione Europea Fondo Sociale Europeo</p>	 <p>Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione</p>	 <p>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale</p>	 <p>Provincia di Olbia-Tempio</p>	 <p>ItaliaLavoro</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ALLEGATO B

- 1) di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____ al n. _____ ovvero di essere in possesso di Partita Iva n. _____ ;
- 2) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'articolo 10 della Legge n. 575/1965 e successive modificazioni, (in caso di società, la condizione deve riguardare tutti i soggetti di cui al D.P.R. 252/1998 art. 2) e di non essere sottoposti/a ad alcuna misura di prevenzione e di non essere a conoscenza dell'esistenza, a proprio carico, di procedimenti in corso ai sensi della succitata legge;
- 3) di essere iscritto al n° _____ dal _____ nella sezione _____ settore _____ dell'albo professionale _____ della Provincia di _____
- 1) di essere in regola con gli adempimenti previsti dal T.U. approvato con Decreto Legislativo 9 aprile 2008 nr. 81 in materia di tutela alla salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 2) di essere in regola con l'applicazione del CCNL applicato che è il seguente: _____;
- 3) di essere in regola con il versamento degli obblighi contributivi ed assicurativi;
- 4) di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;
- 5) di essere in regola con tutte le normative in materia di lavoro in genere;
- 6) di essere disponibile a fornire tutte le altre informazioni, documenti e notizie utili, designando a tal fine _____, da contattare presso la sede dell'impresa;
- 7) di non aver fatto ricorso alla CIG, a procedure di mobilità o di licenziamento collettivo negli ultimi 6 mesi;
- 8) che l'impresa (*barrare la casella interessata*)
 - non è destinataria di un ordine di recupero pendente a seguito di una precedente decisione della Commissione che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune;
 - non ha mai ricevuto, neanche secondo la regola *de minimis*, gli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con le decisioni della Commissione europea indicate nell'art. 4 del D.P.C.M. 23 maggio 2007, oppure
 - ha beneficiato, secondo la regola *de minimis*, degli aiuti di Stato dichiarati incompatibili con la decisione della Commissione Europea indicata nell'art. 4 del D.P.C.M. 23 maggio 2007, per un ammontare totale di euro e di non essere pertanto tenuto all'obbligo di restituzione delle somme fruite,

 <p>Unione Europea Fondo Sociale Europeo</p>	 <p>Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione</p>	 <p>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale</p>	 <p>Provincia di Olbia-Tempio</p>	 <p>ItaliaLavoro</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ALLEGATO B

oppure

- ha rimborsato – o ha depositato nel conto di contabilità speciale acceso presso la Banca d'Italia - in data (gg/mese/anno) .../.../..... mediante..... (indicare il mezzo utilizzato: modello F24, cartella di pagamento, ecc... con cui si è proceduto al rimborso) la somma di euro comprensiva degli interessi calcolati ai sensi del Capo V del Regolamento (CE) 21/4/2004 n. 794/2004 relativa all'aiuto di Stato soggetto al recupero e dichiarato incompatibile con decisione della Commissione europea indicata nell'art. 4, comma 1, lettera [specificare a quali lettere a),b),c) o d] del D.P.C.M. 23 maggio 2007;

DICHIARA INOLTRE

- Di essere a conoscenza ed accettare quanto previsto dai seguenti Regolamenti:
Regolamento (CE) n. 1998/2006 del 15/12/2006 e successive modifiche e integrazioni, relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del Trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis";
Regolamento (CE) n. 1535-2007 del 20/12/2007 relativo all'applicazione degli art. 87 e 88 del Trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis" nel settore della produzione dei prodotti agricoli;
Regolamento (CE) n. 875/2007 del 24/07/2007 relativo all'applicazione degli art. 87 e 88 del Trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis" nel settore della pesca ;
Regolamento (CE) n. 800/2008 del 06/08/2008 che disciplina la concessione di incentivi alle imprese per l'assunzione di lavoratori "svantaggiati", definiti tali ai sensi dell'art. 2, punto 18 del medesimo disposto normativo ;

Di aver individuato i soggetti da assumere o di aver assunto le seguenti persone:

Cognome e nome

indirizzo.....

Codice Fiscale



ALLEGATO B

Cognome e nome

indirizzo.....

Codice Fiscale

Ovvero di aver individuato i soggetti da assumere in:

n. _____ Lavoratori percettori di ammortizzatori sociali in deroga;

n. _____ Lavoratori svantaggiati (così come definiti dal Regolamento CE nr. 800/2008) non percettori di ammortizzatori sociali con particolare riferimento ai seguenti target:

di avere bisogno del servizio di preselezione del Centro Servizi per il Lavoro per l'individuazione dei seguenti profili professionali:

Numero profili	Tipologia profili e/o competenze

(Timbro e Firma del dichiarante)

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicati nell'informativa privacy riportata al punto 12 dell'Avviso a manifestare interesse.

_____, li _____

(Timbro e Firma del dichiarante)

Allegati:

1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/legale Rappresentante dell'azienda.

 <p>Unione Europea Fondo Sociale Europeo</p>	 <p>Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione Direzione Generale degli ammortizzatori Sociali e Incentivi per l'occupazione</p>	 <p>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA Assessorato del lavoro, formazione professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale</p>	 <p>Provincia di Olbia-Tempio</p>	 <p>Italia lavoro</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ALLEGATO B

Di aver individuato i soggetti da assumere o di aver assunto le seguenti persone (*continua elenco*):

Cognome e nome

indirizzo.....

Codice Fiscale

_____, li _____

(Timbro e Firma del dichiarante)