

Modulo Richiesta PROVVIDENZA IMPRESA

TIPO PROVVIDENZA

- (I-COA) CONSOLIDAMENTO OCCUPAZIONALE AZIENDA (I-CAC) CONTRIBUTO ACCESSO AL CREDITO
 (I-CRE) CRESCITA OCCUPAZIONE (L-AOA) AIUTO OCCUPAZIONALE AZIENDA
 (I-EEC) EVENTI ECCEZIONALI IMPRESE (I-MOB) CONTRIBUTO MOBILITA' ECOSOSTENIBILE

Nota bene: Utilizzare il modulo per 1 sola provvidenza

Dati AZIENDA

Ragione Sociale* _____

Sede legale (via) _____ Pr (____) Cap _____ Città _____

Provvidenza RICHIESTA

Provvidenza I-COA Anno solare 20 ____	<input type="checkbox"/> Euro 500,00 annuo per mantenimento livelli occupazionali, con gestione CIG in deroga Data di autorizzazione aziendale CIG in deroga _____ Periodo autorizzato dal _____ al _____ per dipendenti n° _____ Sospensione effettiva dal _____ al _____ per dipendenti n° _____ n° ore _____ Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA: <input type="checkbox"/> di aver utilizzato, per almeno tre mesi solari consecutivi, la cassa integrazione in deroga per i propri dipendenti; <input type="checkbox"/> di non aver effettuato licenziamenti per riduzione di personale dal 1° ottobre 2011, oppure da almeno 6 mesi precedenti l'autorizzazione all'intervento CIG in deroga, fino alla data di presentazione della domanda di provvidenza.
Provvidenza I-CAC Anno solare 20 ____	<input type="checkbox"/> Euro 200,00 annuo per pratiche di finanziamento e/o affidamento tramite Confidi Richiesta presentata al Confidi _____ in data _____ Ottenimento finanziamento e/o affidamento in data _____ n° di pratica/protocollo _____
Provvidenza I-CRE Anno solare 20 ____	<input type="checkbox"/> Euro 300,00 per dipendente assunto con contratto inserimento o apprendistato professionalizzante <input type="checkbox"/> Euro 300,00 per dipendente assunto a tempo determinato <input type="checkbox"/> Euro 1.050,00 per dipendente assunto a tempo indeterminato Tipologia di contratto: <input type="checkbox"/> inserimento/reinserimento <input type="checkbox"/> apprendistato <input type="checkbox"/> tempo determinato <input type="checkbox"/> tempo indeterminato Assunto/a: Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> assunto/a il _____ termine _____ conferma rapporto dopo 12 mesi _____ Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA: <input type="checkbox"/> di aver incrementato il personale, confrontando con il criterio FTE (full time equivalent) la situazione registrata tre mesi solari precedenti l'assunzione e la data di conferma a tempo indeterminato; <input type="checkbox"/> di non aver effettuato licenziamenti per riduzione di personale nel periodo intercorrente le due date del confronto.
Provvidenza I-AOA Anno solare 20 ____	<input type="checkbox"/> Euro 750,00 per dipendente assunto a tempo indeterminato e confermato dopo 12 mesi Tipologia assunzione: <input type="checkbox"/> lavoratrici ultra quarantenni, disoccupate da almeno tre mesi o che rientrano nel mondo del lavoro dopo un periodo di assenza di almeno 12 mesi; <input type="checkbox"/> lavoratori ultra quarantacinquenni disoccupati da almeno 3 mesi; <input type="checkbox"/> persone disabili e svantaggiate, così come definite ai sensi della L.R. n.13 del 4/8/2003 e dalla L. n.68 del 12/3/1999, a condizione che l'assunzione non sia dovuta alle quote di riserva degli obblighi di legge. Assunto/a: Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> assunto/a il _____ termine _____ conferma rapporto dopo 12 mesi _____ Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA: <input type="checkbox"/> di non aver ottenuto come impresa nessun beneficio, agevolazione, sgravio contributivo od altri sussidi di incentivazione per detta assunzione; <input type="checkbox"/> di non aver effettuato licenziamenti per riduzione di personale da almeno tre mesi solari precedenti detta assunzione.

<p>Provvidenza I-EEC</p> <p>Anno solare 20____</p>	<p><input type="checkbox"/> 15% rimborso spese per ripristino attività a causa Eventi eccezionali</p> <p>Descrizione sintetica dell'evento eccezionale causante la sospensione dell'attività e breve descrizione dei danni; (eventualmente integrabile con lettera allegata):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data ed ora evento eccezionale _____</p> <p>Effettivo periodo di interruzione attività dal _____ al _____ per dipendenti n° _____</p> <p>Importo ammissibile (IVA esclusa) _____ Rimborso erogabile dall'assicurazione _____</p> <p>Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA:</p> <p><input type="checkbox"/> di aver dovuto interrompere l'attività a causa dell'evento citato e di aver subito i danni come da documentazione allegata;</p> <p><input type="checkbox"/> di non aver diritto a nessuna copertura assicurativa per tale evento;</p> <p><input type="checkbox"/> di aver diritto a copertura assicurativa, che consente l'erogazione per i danni riscontrati a causa dell'evento d'importo pari ad euro _____, con la compagnia _____.</p>
<p>Provvidenza I-MOB</p> <p>Anno solare 20____</p>	<p><input type="checkbox"/> 5% contributo per investimenti mobilità ecosostenibile</p> <p>Descrizione sintetica del veicolo acquistato (eventualmente integrabile con ulteriore documentazione allegata):</p> <p>_____</p> <p>Data di acquisto _____ Importo fatturato (IVA esclusa) _____</p> <p>Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA:</p> <p><input type="checkbox"/> di aver acquistato il veicolo come da fattura allegata;</p> <p><input type="checkbox"/> di non aver ricevuto nessun contributo pubblico in conto capitale;</p> <p><input type="checkbox"/> di aver ricevuto il seguente importo quale contributo pubblico in conto capitale, Euro _____</p>
<p>ALLEGATI:</p> <p><input type="checkbox"/> Autocertificazione specifica per ogni provvidenza <input type="checkbox"/> (CRE ed AOA) Copia lettera assunzione <input type="checkbox"/> (CRE ed AOA) Copia lettera conferma rapporto a tempo indeterminato</p> <p><input type="checkbox"/> (AOA) Autocertificazione del lavoratore neo-assunto attestante il precedente stato di disoccupazione <input type="checkbox"/> (MOB) fotocopia fattura/e del/i veicolo/i acquistato/i</p> <p><input type="checkbox"/> (EEC) - Documentazione attestante i costi sostenuti per ripristino attività <input type="checkbox"/> (EEC) - documentazione attestante copertura assicurativa e rimborsi ricevuti</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p>	

Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà per la richiesta di sussidio ad EBIPAL

(i dati della presente dichiarazione possono essere sottoposti a verifica da parte di EBIPAL)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, di aver preso visione dei regolamenti EBIPAL, delle condizioni generali e particolari per la richiesta di rimborso sopra esposta confermando inoltre che corrispondono al vero i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo e nei suoi allegati.

Luogo e data _____ FIRMA RICHIEDENTE _____

Spazio riservato per consegna pratica presso sede associativa provinciale

Consegna modulo richiesta provvidenza, con documentazione allegata, presso sede della Associazione _____

di _____, dal delegato/a sig./a: _____

che attesta l'autenticità della firma apposta in sua presenza dal dichiarante, la cui identità è comprovata da conoscenza personale

dell'autenticatore, oppure, previa esibizione del documento di riconoscimento: Carta di Identità Passaporto Patente guida

altro _____ rilasciato da _____ il _____,

Luogo e data _____ Timbro e firma Federazione _____

Spazio riservato all'amministrazione EBIPAL

Protocollo [_____] data Ricezione [_____] data Spedizione postale [_____] Anno competenza [_____]

Codice Azienda [_____] Verifica regolarità versamenti **SI** **NO** Verifica requisiti **SI** **NO**

Allegati presenti/completi [_____]

Data eventuale sospensione [_____] Motivazioni [_____]

Esito Finale [_____] Controllo effettuato da [_____] il [_____]

Note _____

**INFORMATIVA E RACCOLTA CONSENSO
AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. n. 196/2003**



EBIPAL, con sede in Milano, Corso Venezia, 58, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. N° 196, informa, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, che il conferimento dei vostri dati, ivi compresi eventualmente quelli sensibili, è strettamente funzionale all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione del rapporto associativo-contrattuale, il quale senza il trattamento dei dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza e con logiche strettamente correlate agli scopi e finalità di EBIPAL, attribuite dallo stesso statuto e dalla contrattazione regionale tra le Parti del settore.

Potranno essere conosciuti da nostri dipendenti e collaboratori specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute; l'elenco di tali collaboratori, costantemente aggiornato, potrà essere da Voi conosciuto facendo specifica richiesta all'Ente.

I vostri dati personali saranno custoditi e controllati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, accesso non autorizzato, trattamento illecito. Essi non sono soggetti a diffusione; potranno essere comunicati, oltre che alle Parti sociali costitutive di EBIPAL, anche a terzi soltanto per svolgere o fornire servizi funzionali alla esecuzione e prosecuzione del rapporto associativo-contrattuale.

Voi avete diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento o la rettificazione (art. 7, d. lgs. 196/2003); avete inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporvi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Il Titolare del trattamento dei dati è EBIPAL, con sede legale in Milano, Corso Venezia, 58.

AVVERTENZE

PREMESSO che EBIPAL è l'unico strumento bilaterale previsto dalla contrattazione collettiva regionale del settore che obbliga all'adesione e contribuzione tutte le imprese che applicano il CCNL unico del settore, in quanto eroga prestazioni che completano i trattamenti, anche economici, dovuti al lavoratore e previsti dal vigente CIRL integrativo del "CCNL per il personale comunque dipendente da aziende di panificazione anche per attività collaterali e complementari, nonché da negozi di vendita al minuto di pane, generi alimentari e vari",

SI INFORMANO le Aziende interessate che l'adesione presuppone il formale impegno ad osservare integralmente gli obblighi ed oneri derivanti dal Contratto Collettivo Regionale Lombardia ed il relativo CCNL, oltre agli accordi ed atti normativi adottati fra le Parti.

Inoltre, si informano le Aziende interessate che l'adesione ad EBIPAL comporta, ai sensi del Decreto legislativo n. 196/2003, la comunicazione dei dati personali da esse detenuti e relativi ai soggetti beneficiari dei servizi, prestazioni e provvidenze erogate dall'Ente Bilaterale.

Di conseguenza, gli obblighi previsti dal Decreto di rendere l'informativa agli interessati e, se previsto, di acquisirne il consenso al trattamento dei dati al momento della loro raccolta, si intendono già assolti dalle Aziende medesime, anche per quanto concerne la possibilità che tali dati siano comunicati a soggetti terzi per fini determinati.

Per parte sua EBIPAL garantisce che il trattamento dei dati sarà effettuato in ottemperanza a tutti gli obblighi di sua spettanza, di cui al Decreto citato.

Milano, ottobre 2011