

Modulo Richiesta PROVVIDENZA IMPRESA

TIPO PROVVIDENZA

- (I-COA) CONSOLIDAMENTO OCCUPAZIONALE AZIENDA (I-CAC) CONTRIBUTO ACCESSO AL CREDITO
 (I-CRE) CRESCITA OCCUPAZIONE (I-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, da erogarsi alla conferma a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Euro 1.050,00 per dipendente assunto a tempo indeterminato, da erogarsi dopo un anno dall'assunzione 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 700,00 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 _____

