EBiPaL
Ente Bilaterale Regionale Lombardia della Panificazione ed attività affini

Sede EbiPaL
Corso Venezia 51, Palazzo Bovara (2° piano)
20121 Milano (MI)
tel. +39-02-20402068 Fax +39-02-29402191
info@ebipal.it - www.ebipal.it

Modulo Richiesta PROVVIDENZA IMPRESA dal 1 gennaio 2025

TIPO PROVVIDENZA

- ☐ (I-COA) CONSOLIDAMENTO OCCUPAZIONALE AZIENDA
- ☐ (I-CRE) CRESCITA OCCUPAZIONE
- ☐ (I-EEC) EVENTI ECCEZIONALI IMPRESE
- ☐ (I-CAC) CONTRIBUTO ACCESSO AL CREDITO
- ☐ (I-AOA) AIUTO OCCUPAZIONALE AZIENDA
- ☐ (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____

☐ **Euro 650,00 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:

☐ di aver utilizzato, per almeno tre mesi solari consecutivi, la cassa integrazione in deroga per i propri dipendenti;

☐ 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____

☐ **Euro 260,00 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____

☐ **Euro 390,00 per dipendente assunto con contratto inserimento o apprendistato professionalizzante**

☐ **Euro 390,00 per dipendente assunto a tempo determinato, da erogarsi alla conferma a tempo indeterminato**

☐ **Euro 1.365,00 per dipendente assunto a tempo indeterminato, da erogarsi dopo un anno dall'assunzione**

Tipologia di contratto:

☐ inserimento/reinserimento ☐ apprendistato ☐ tempo determinato ☐ tempo indeterminato

Assunto/a: Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____

M ☐ F ☐ assunto/a il _____ termine _____ conferma rapporto dopo 12 mesi _____

Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA:

☐ 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;

☐ di non aver effettuato licenziamenti per riduzione di personale nel periodo intercorrente le due date del confronto.

Provvidenza I-AOA

Anno solare 20____

☐ **Euro 910,00 per dipendente assunto a tempo indeterminato e confermato dopo 12 mesi**

Tipologia assunzione:

☐ lavoratrici ultra quarantenni, disoccupate da almeno tre mesi o che rientrano nel mondo del lavoro dopo un periodo di assenza di almeno 12 mesi;

☐ lavoratori ultra quarantacinquenni disoccupati da almeno 3 mesi;

☐ 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 ☐ F ☐ assunto/a il _____ termine _____ conferma rapporto dopo 12 mesi _____

Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA:

☐ di non aver ottenuto come impresa nessun beneficio, agevolazione, sgravio contributivo od altri sussidi di incentivazione per detta assunzione;

☐ di non aver effettuato licenziamenti per riduzione di personale da almeno tre mesi solari precedenti detta assunzione.

Provvidenza I-EEC	☐ **15% rimborso spese per ripristino attività a causa Eventi eccezionali** Descrizione sintetica dell'evento eccezionale causante la sospensione dell'attività e breve descrizione dei danni; (eventualmente integrabile con lettera allegata): _____ _____ Data ed ora evento eccezionale _____ Effettivo periodo di interruzione attività dal _____ al _____ per dipendenti n°_____ Importo ammissibile (IVA esclusa) _____ Rimborso erogabile dall'assicurazione _____
Anno solare 20____	***Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA:*** ☐ di aver dovuto interrompere l'attività a causa dell'evento citato e di aver subito i danni come da documentazione allegata; ☐ di non aver diritto a nessuna copertura assicurativa per tale evento; ☐ 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 _____.
Provvidenza I-MOB	☐ **6,5% contributo per investimenti mobilità ecosostenibile** Descrizione sintetica del veicolo acquistato (eventualmente integrabile con ulteriore documentazione allegata): _____ Data di acquisto_____ Importo fatturato (IVA esclusa) _____
Anno solare 20____	***Dichiarazione del titolare/legale rappresentante - SI DICHIARA:*** ☐ di aver acquistato il veicolo come da fattura allegata; ☐ di non aver ricevuto nessun contributo pubblico in conto capitale; ☐ di aver ricevuto il seguente importo quale contributo pubblico in conto capitale, Euro _____

ALLEGATI:

☐ Autocertificazione specifica per ogni provvidenza ☐ (CRE ed AOA) Copia lettera assunzione ☐ (CRE ed AOA) Copia lettera conferma rapporto a tempo indeterminato
☐ (AOA) Autocertificazione del lavoratore neo-assunto attestante il precedente stato di disoccupazione ☐ (MOB) fotocopia fattura/e del/i veicolo/i acquistato/i
☐ (EEC) - Documentazione attestante i costi sostenuti per ripristino attività ☐ (EEC) - documentazione attestante copertura assicurativa e rimborsi ricevuti
☐ Altro _____

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 _____

Sede EbiPaL
Corso Venezia 51, Palazzo Bovara (2° piano)
20121 Milano (MI)
tel. +39-02-20402068 Fax +39-02-29402191
info@ebipal.it - www.ebipal.it

Modulo completamento/aggiornamento anagrafica Impresa

Dati ANAGRAFICI Titolare/Legale rappresentante

Il Sottoscritto* _____ Nato a _____ il _____

Residente in _____ Pr (___) Cap _____ Città _____

Cod. Fiscale* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di* ☐ Titolare / ☐ Legale Rappresentante della seguente:

Dati ANAGRAFICI AZIENDA

Partita Iva* _____ **Cod. Fiscale*** _____

Ragione Sociale* _____

Sede Legale (via) _____ Pr (___) Cap _____ Città _____

Sede Operativa (via) _____ Pr (___) Cap _____ Città _____

Telefono _____ fax _____ Email _____

Matricola INPS _____ Matricola INAIL _____

E-mail PEC _____

Contratto applicato Panificazione Industria ☐ Panificazione Artigianale ☐ Altri ☐ _____

Dati Bancari (su cui verranno accreditati mutualizzazioni e contributi)

| COD | CIN | ABI | CAB | Numero Conto Corrente (riempire tutti i campi) |

Codice IBAN* |I|T|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Intestatario conto se diverso da Azienda/Titolare/Rap.Legale _____

*dati OBBLIGATORI

Informativa e dichiarazione di consenso ai sensi del Dlgs n. Reg.to UE 2016/679

Al fine di poter utilizzare al meglio i servizi e/o le informazioni che EBIPAL Vi mette a disposizione, all'utente potrebbe essere richiesto di fornire informazioni e/o dati riferiti alla propria attività, al proprio indirizzo (anche e-mail), ai propri riferimenti anagrafici e identificativi numerici. Con riferimento a ciò Vi diamo garanzia che tutti questi dati saranno trattati nel più completo rispetto del Reg.to UE 2016/679 ('GDPR'), del Dlgs 196/03 e del Dlgs 101/18 e successive modifiche. Visitate il nostro sito per ulteriori dettagli alla pagina http://www.ebipal.it/privacy per visionare l'informativa sulla privacy aggiornata oppure potete chiederne copia ai nostri uffici.

Con la firma del presente dichiaro di aver preso visione e di accettare i termini dell'informativa in allegato (All.A) e di averla consegnata a dipendenti e collaboratori.

PER ACCETTAZIONE:

Luogo e data _____

TIMBRO e FIRMA Titolare/Legale Rappresentante

_____