

Modulo Richiesta PROVVIDENZA IMPRESA al 1° gennaio 2025

NB: Utilizzare il modulo per una sola provvidenza

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 |
| ☐ (I-POL) CONTRIBUTO POLIZZA CATASTROFALE | |

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.

(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 _____

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 _____

Dati ANAGRAFICI Titolare/Legale rappresentante

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

Contratto applicato Panificazione Industria ☐ Panificazione Artigianale ☐ Altri ☐

*dati OBBLIGATORI

TIMBRO e FIRMA Titolare/Legale Rappresentante