



Programma integrato Giovani Abruzzo

Avviso "30+"

ISTANZA

Il/la Sottoscritto/a (legale rappresentante dell'azienda/ Titolare)	Cognome e nome		Nato/a il		Comune		Pr	
	Comune di residenza		CAP		Via		N. Pr	
	In qualità di:							
Sede legale	Comune		CAP=		Via		N. Pr	
Sede operativa (Sede operativa interessata dal tirocinio e/o dall'assunzione; Replicare il campo per ogni ulteriore sede operativa)	Denominazione/ragione sociale							
	Comune		CAP		Via		N. PR	
	Codice fiscale			Partita iva				
	Codice INPS			Codice INAIL				
	Codice e descrizione attività principale (Classificazione ISTAT/ATECO 2007)							
	Piccola impresa <input type="checkbox"/> Media impresa <input type="checkbox"/> Grande impresa <input type="checkbox"/>							
	Dati attività	Inizio attività		Settore			Codice ATECO	
(Anno)		(Artigianato, Commercio, Servizi etc.)						
Anno di iscrizione alla Unioncamere (se impresa)								
Dinamica occupazionale	Numero complessivo unità lavorative in forza alla data di presentazione dell'istanza							
	(Tempo Indet.)		(Tempo Det.)			(altra tipologia contratto)		

Persona da contattare	Nominativo		
	Telefono	E-mail	PEC

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del d.p.r., 28-12-2000, nr. 445;

presa integrale visione dell'Avviso Pubblico, di cui si accettano tutte le condizioni e gli impegni conseguenti:

C H I E D E

Di poter aver accesso alla seguente Linea di intervento:

(barrare e compilare la Linea di intervento per la quale si produce istanza)

Linea di intervento A: Tirocinio formativo extracurricolare in azienda-
(Compilare Scheda nr. 01)

nr tirocinanti _____

nr tirocinanti con assunzione _____ di cui nr. _____ maschi
nr. _____ femmine

per un incentivo totale di €. _____

Linea di intervento B: Incentivazioni all'assunzione-*(Compilare Scheda nr. 02)*

nr. lavoratori _____ di cui nr. _____ maschi

nr. _____ femmine

per un incentivo totale di €. _____

Dichiara,

pertanto, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle pene stabilite per false mendaci dichiarazioni dall'art. 76 del predetto D.P.R., in ottemperanza e ai fini di quanto previsto dall'art. 3 della Legge 13/08/2010, n. 136 e s.m.i., per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari tra la Regione Abruzzo – Dipartimento Sviluppo economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università e l'Azienda _____, che gli estremi identificativi del conto corrente "dedicato", anche non in via esclusiva, valido per il rapporto in essere e per quelli futuri è il seguente:

ISTITUTO	
AGENZIA	
IBAN	

dichiara altresì (barrare la casella di interesse):

- di essere l'unico soggetto titolato ad operare sul conto corrente sopra indicato, non essendo stati delegati altri soggetti al riguardo;
- di non essere l'unico soggetto titolato ad operare sul conto corrente sopra indicato, essendo stati delegati altri soggetti di cui si indicano le generalità ed il codice fiscale:

Nome e Cognome:	_____
Codice Fiscale	_____
Luogo e data di nascita	_____
Residenza	_____

Nome e Cognome:	_____
Codice Fiscale	_____
Luogo e data di nascita	_____
Residenza	_____

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni riguardanti il conto bancario indicato.

Dichiara infine di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (art. 13 D.Lgs 196/2003).

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante/Titolare

La suddetta istanza è presentata unitamente a:

- dichiarazione sostitutiva, ai sensi dell'art.47 del decreto del Presidente della Repubblica 28.12.2000, n.445 –Allegato C
- atto di impegno – Allegato D1 o D2
- dichiarazione de minimis – Allegati E e E1 (*se impresa*)
- copia fotostatica fronte retro di un valido documento di identità dell'istante (specificare il tipo di documento) _____ n. _____;
- copia fotostatica fronte retro di un valido documento di identità del tirocinante (specificare il tipo di documento) _____ nr. _____ o del lavoratore _____ nr _____ (per ogni tirocinante e/o lavoratore interessato).

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante/Titolare

SCHEDA NR. 01

Consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76, D.P.R., 28-12-2000, nr. 445 e presa integrale visione dell'Avviso Pubblico, di cui accetta tutte le condizioni e gli impegni conseguenti:

CHIEDE

- di ospitare per un periodo di 6 mesi il tirocinante di seguito indicato, selezionato ai sensi dell'art. 2 dell'Avviso, e rispondente alla necessità di specifica figura professionale di questa azienda;
- la concessione di un incentivo di €. _____ per l'assunzione con contratto di lavoro subordinato ex art. 2094 c.c. a tempo indeterminato della durata di almeno ventiquattro mesi (anche a tempo parziale, purché non inferiore al 50% delle ore previste dal CCNL di riferimento) dello stesso tirocinante(*):

NOMINATIVO DEL TIROCINANTE			
Cognome Nome			
Residenza		Domicilio	
Codice Fiscale			
Data nascita	Luogo di nascita		Sesso
Iscritto al Centro per l'Impiego di		<input type="checkbox"/>	Inoccupato
		<input type="checkbox"/>	Disoccupato dal
Titolo di studio posseduto			
Profilo professionale da formare			
Sede operativa interessata			

(da ripetere per ciascun tirocinante)

(*) barrare le richieste scelte

Luogo e data _____

Firma del legale Rappresentante/Titolare

SCHEDA NR. 02

Consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76, D.P.R., 28-12-2000, nr. 445 e presa integrale visione dell'Avviso Pubblico, di cui accetta tutte le condizioni e gli impegni conseguenti:

CHIEDE

la concessione di un incentivo di €. _____ per l'assunzione per ventiquattro mesi con contratto di lavoro subordinato ex art. 2094 c.c. a **tempo indeterminato** della durata di almeno ventiquattro mesi

- full time
- part time per nr. ore settimanali _____ (comunque non inferiore al 50% delle ore previste dal CCNL di riferimento)

del seguente soggetto:

NOMINATIVO DEL LAVORATORE			
Cognome Nome			
Residenza		Domicilio	
Codice Fiscale			
Data nascita	Luogo di nascita		Sesso
Iscritto al Centro per l'Impiego di			Disoccupato dal
			Inoccupato
Titolo di studio posseduto			
Sede operativa interessata			
Profilo professionale di interesse			
Costo annuale lordo da CCNL		Ore settimanali previste dal CCNL	

(da ripetere per ciascun lavoratore)

Luogo e data _____

Firma del legale Rappresentante/Titolare
