



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU , FORMATZIONE PROFESSIONALE,
COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE,
COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

RICHIESTA EROGAZIONE A SALDO AI SENSI DELL'ART. 14.3

Spett.le
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,

Cooperazione e della Sicurezza Sociale
Servizio Lavoro

**Avviso "PIU' TURISMO PIU' LAVORO" Annualità 2018
POR FSE 2014/2020 – ASSE I Occupazione – azione 8.6.1**

Il/La sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____ nato/a _____ Prov.(____) il ____/____/____
residente nel Comune di _____ Provincia _____
Via/Piazza _____
nella qualità di¹ _____ se procuratore: numero e data
procura _____
dell'Impresa _____ codice progressivo n° A _____ inclusa
nell'elenco allegato "A" di cui alla Determinazione di concessione n. _____ del _____,
CLP _____ CUP _____
per l'importo di € _____ diconsì [in lettere] € _____
quale sovvenzione finalizzata alla concessione di contributi per l'allungamento della stagione turistica – POR
FSE 2014/2020 – ASSE Occupazione, Azione 8.6.1 - con sede legale nel Comune di _____
Provincia _____ Via/Piazza _____ n° _____
con codice fiscale numero _____ e con partita I.V.A. numero _____
telefono _____ e-mail _____
fax _____ PEC ⁽²⁾ dell'impresa _____

PREMESSO CHE:

- con Determinazione di concessione n. _____ del ____/____/____ del Direttore del Servizio
Lavoro è stato pubblicato l'elenco degli importi delle sovvenzioni concesse alle imprese ammesse al
finanziamento a valere sull'Avviso Pubblico "PIÙ TURISMO PIÙ LAVORO" annualità 2018 procedura a

1()) Specificare se legale rappresentante, procuratore speciale. Nel caso di sottoscrizione da parte del procuratore deve essere allegata
la procura in originale o copia conforme e devono essere inseriti i dati relativi alla procura: numero procura e data della procura.

2()) Campo obbligatorio - Indicare l'indirizzo di posta elettronica certificata comunicato al Registro delle imprese presso la CCIAA – Sarà
utilizzato come recapito di riferimento per le comunicazioni inerenti l'avviso.

sportello per la concessione di contributi per l'allungamento della stagione turistica – POR FSE 2014/2020 – ASSE I Occupazione – azione 8.6.1, nel quale l'Impresa risulta beneficiaria della sovvenzione per l'importo di € _____;

- ☐ dalla data di presentazione della nota di adesione sono intervenute variazioni nei requisiti dei Destinatari che comportano la rideterminazione della sovvenzione concessa per cui, ai sensi dell'art. 16, rinuncia alla somma di € _____ d'insiemi[in lettere]€ _____;

- ☐ in data _____ ha richiesto l'erogazione dell'acconto di Euro _____ pari al ____% del finanziamento concesso e rideterminato relativo a:

- ☐ lavoratori assunti a tempo indeterminato
- ☐ lavoratori assunti sia tempo determinato che a tempo indeterminato

- ☐ in data _____ ha richiesto l'erogazione intermedia di Euro _____ pari al ____% del finanziamento concesso e rideterminato **relativo ai soli lavoratori assunti a tempo determinato**;

chiede

- l'erogazione del saldo di € _____ d'insiemi[in lettere]€ _____ pari al ____% del finanziamento concesso e rideterminato (solo se barra il punto relativo alla rinuncia), relativo a:

- ☐ lavoratori assunti a tempo indeterminato
- ☐ lavoratori assunti sia tempo determinato che a tempo indeterminato

Al fine di dare corretta attuazione all'intervento, *consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dall'agevolazione concessa ex art. 75 del DPR 445/2000 e delle eventuali ulteriori sanzioni e penali*

dichiara⁽³⁾

☐ che dalla data di presentazione della nota di adesione non sono intervenute variazioni rispetto ai requisiti richiesti all'Impresa e ai propri rappresentanti e che eventuali successive variazioni verranno comunicate tempestivamente alla Amministrazione Regionale;

☐ **ovvero** che sono intervenute le variazioni sopra riportate, rispetto ai requisiti richiesti all'Impresa e ai propri rappresentanti con riferimento alla situazione comunicata con la nota di adesione;

☐ che dalla data di presentazione della Domanda di agevolazione ovvero della Nota di adesione non sono intervenute variazioni rispetto a quanto dichiarato con l'Allegato 2A, 2AI e 2B con riferimento ai requisiti richiesti all'Impresa per il regime di aiuto prescelto;

☐ **ovvero** che sono intervenute variazioni per le quali si allegano le seguenti dichiarazioni:

- o Allegato 2A– Dichiarazione per la concessione di aiuti in *de minimis* - Modello base *de minimis*
- o Allegato 2AI– Modello *de minimis* da compilarsi da parte dell'impresa controllante o controllata
- o Allegato 2B– Dichiarazione per la concessione dell'aiuto in regime REG. 651/2014

☐ che l'Impresa opera solo nei settori economici ammissibili al finanziamento,

☐ **ovvero** opera anche in settori economici esclusi e dispone di un sistema adeguato di separazione delle attività o distinzione dei costi;

☐ che l'Impresa ha applicato il CCNL del Settore Turismo e Pubblici Esercizi o CCNL la cui retribuzione minima tabellare prevista per il livello più basso è uguale o superiore a € 1.271,21=;

3 () Barrare le relative caselle.

☐ che alla presente richiesta a saldo sono stati allegati per ogni Destinatario i documenti richiesti ai punti a) e b) dell'art. 14.3 (4) dell'Avviso;

☐ di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 14.3 dell'Avviso, verrà richiesto l'invio della documentazione, di cui all'art. 17, ad un campione⁵ pari ad almeno il 5% delle imprese a cui è stato concesso il finanziamento;

☐ che dati necessari per la richiesta del D.U.R.C. (Documento Unico di Regolarità Contributiva) sono:

Sede operativa Ind. Attività	CAP	COMUNE	PR
	VIA		N°
C.C.N.L. applicato	L'impresa dichiara di applicare il Contratto Collettivo Nazionale, stipulato dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, del seguente settore: _____		
INAIL – codice ditta	INAIL – sede competente		
INPS – matricola azienda	INPS – sede competente		

☐ che il conto corrente sul quale dovranno essere accreditate le somme concesse è il seguente:

Denominazione banca: _____
Indirizzo banca Via _____ n° _____ CAP _____
_____ Città _____ Prov. _____ n° conto _____
_____ ABI _____ CAB _____ IBAN _____
_____ intestato a _____

☐ che la documentazione originale (contratti, dichiarazione del lavoratore (allegato H), cedolini periodici, documentazione di pagamento, quietanza degli F24) è conservata e reperibile presso

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____

dichiara inoltre che

(per le imprese che hanno scelto il regime "Reg.651/2014")

(barrare l'opzione o le opzioni che ricorrono)

☐ Il/i soggetto/i assunto/i è/sono **lavoratore/i svantaggiato/i** e l'intensità di aiuto (contributo concesso), per ciascuno, non supera il 50% dei costi salariali ammissibili sostenuti durante un periodo massimo di **12 mesi** successivi all'assunzione. *(inserire nota Nel caso di contratti di durata inferiore ai 12 mesi occorrerà considerare i mesi effettivi di occupazione inferiori ai 12 mesi);*

☐ Il/i soggetto/i assunto/i è/sono **lavoratore/i molto svantaggiato/i** e l'intensità di aiuto (contributo concesso), per ciascuno, non supera il 50% dei costi salariali ammissibili sostenuti durante un periodo massimo di **24 mesi** successivi all'assunzione. *(inserire nota Nel caso di contratti di durata inferiore ai 24 mesi occorrerà considerare i mesi effettivi di occupazione inferiori ai 24 mesi);*

4 () "a) copia del contratto di lavoro di ciascun destinatario dell'intervento, debitamente firmato dalle parti, indicante l'importo lordo della retribuzione, la tipologia contrattuale (tempo determinato e/o indeterminato pieno o parziale), la durata (per i contratti stagionali e a tempo determinato). Con riferimento ai contratti a tempo indeterminato ed a tempo parziale dovrà essere indicata la percentuale di lavoro prestato e la distribuzione oraria;

b) per ogni Destinatario: la dichiarazione del lavoratore (Allegato H_2018)."

5) Il campione verrà scelto utilizzando un generatore di numeri casuali.

☐ Il/i soggetto/i assunto/i è/sono **lavoratore/i disabile/i** e l'intensità di aiuto (contributo concesso), per ciascuno, non supera il 75% dei costi salariali ammissibili sostenuti.

Condizioni di cumulo

☐ In riferimento agli stessi «costi ammissibili», l'impresa rappresentata **NON** ha beneficiato di altre agevolazioni di qualsiasi natura previste da norme statali, regionali, comunitarie o comunque concesse da istituzioni o enti pubblici, incluse quelle a titolo di de minimis (L 407/90, L 381/91, Mobilità, ecc.).

☐ In riferimento agli stessi «costi ammissibili», l'impresa rappresentata ha beneficiato delle seguenti agevolazioni

N.	Ente concedente	Riferimento normativo o amministrativo che prevede l'agevolazione	Provvedimento o di concessione	Regolamento di esenzione (e articolo pertinente) o Decisione Commissione UE	Intensità di aiuto		Importo
					Ammissibile	Applicata	
TOTALE							

(per le imprese che hanno scelto il regime "de minimis")

(barrare l'opzione che ricorre)

Condizioni di cumulo

☐ Che in riferimento agli stessi «costi ammissibili» l'impresa rappresentata **NON** ha beneficiato di altri aiuti di Stato

☐ Che in riferimento agli stessi «costi ammissibili» l'impresa rappresentata ha beneficiato dei seguenti aiuti di Stato:

N.	Ente concedente	Riferimento normativo o amministrativo che prevede l'agevolazione	Provvedimento o di concessione	Regolamento di esenzione (e articolo pertinente) o Decisione Commissione UE	Intensità di aiuto		Importo imputato sulla voce di costo o sul progetto
					Ammissibile	Applicata	
TOTALE							

Allega ⁶

☐ Fotocopia del documento di identità in corso di validità. In caso di sottoscrizione da parte di un procuratore del legale rappresentante allegare anche la procura in originale o copia conforme;

☐ Per ogni Destinatario: copia dei contratti di lavoro secondo quanto prescritto dall'Art. 14.3 lett. a dell'Avviso;

☐ Per ogni Destinatario: Allegato H secondo quanto prescritto dall'Art. 14.3 lett. b dell'Avviso.

6() Barrare le relative caselle.

Luogo e data

(Il titolare/legale rappresentante dell'impresa)

Firma digitale

fac simile