

Allegato 2: Formulario

A. Anagrafica impresa richiedente e elementi per la valutazione

Denominazione	
Forma Giuridica	
Atto costitutivo con indicazione della data di scadenza	

Legale rappresentante	Nominativo: Mail:..... Tel:..... Fax:.....
Titolare Effettivo	Nominativo: Mail:..... Tel:..... Fax:.....
Recapiti della persona di riferimento	Nominativo: Mail:..... Tel:..... Fax:.....
Responsabile del Progetto	Nominativo: Mail:..... Tel:..... Fax:.....

Codice Fiscale/P.IVA

Codice Fiscale		P. IVA	
----------------	--	--------	--

Sede legale

Via / Piazza		N° civ.		CAP	
Comune				Provincia	
Telefono		Telefax			
E-mail		Sito internet			
Stato estero					
Posta Elettronica Certificata (PEC)					

Eventuale sede amministrativa se diversa dalla legale

Via / Piazza		N° civ.		CAP	
Comune				Provincia	
Telefono		Telefax			
E-mail		Sito internet			
Stato estero					

Indirizzo al quale si chiede venga indirizzata la corrispondenza

Via / Piazza		N° civ.		CAP	
Comune				Provincia	
Telefono		Telefax			
E-mail					
Referente					

Iscrizione CCIAA [ove ricorre]

CCIAA di		n		data	
----------	--	---	--	------	--

Iscrizione Registro Imprese [ove ricorre]

Registro Imprese di		n		data	
---------------------	--	---	--	------	--

Iscrizione a: [ove ricorre]

(informazione pertinente in relazione alla tipologia di beneficiario ammissibile – cfr. par. 2.2)		n		data	
---	--	---	--	------	--

Iscrizione INPS

Inps di					
Data iscrizione					
N° Matricola					
Settore					

Iscrizione INAIL

INAIL di					
Data iscrizione					
N° Posizione					
Settore					
CCNL applicato (ove ricorre)					

Tipo contabilità	Ordinaria	Semplificata
------------------	-----------	--------------

Soggetti per i quali è prevista la certificazione antimafia secondo quanto previsto D. Lgs. n. 159/2011

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Qualifica	Codice fiscale

Ubicazione e Settori di attività

i. Attività principale svolta

Descrizione	
Codice ATECO 2007	

**ii. Ubicazione della sede operativa/unità locale in cui è svolta l'attività di cui al precedente codice ATECO
(da compilare solo nel caso di non utilizzo della modalità Flexible Working)**

Provincia		Comune	
Località			
Via / Piazza		N° civ.	CAP
Telefono		Telefax	

B. DESCRIZIONE DEI CONTENUTI – Aiuti all'occupazione

B.1 Numero di dipendenti a tempo determinato e indeterminato nei dodici mesi antecedenti la presentazione della domanda espresso in ULA pari a _____

B.2 Numero di dipendenti a tempo determinato e indeterminato dopo la presentazione della domanda espresso in ULA pari a _____

B.3 **Dati relativi alle NUOVE assunzioni previste**

B.3.A. Informazioni relative ai lavoratori per l'assunzione dei quali il contributo è richiesto e categorie di appartenenza¹¹.

Codice Fiscale	DID
	Data rilascio

Indicare la categoria di svantaggio per ogni nuova assunzione (cfr. par. 2 dell'Avviso)

Codice Fiscale	Lavoratore svantaggiato					Lavoratore molto svantaggiato		Lavoratore con disabilità	
	a	b	c	d	e	a	b	a	b
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Fiscale	Tipologia contrattuale	Numero di ore settimanali previste		CCNL – Contratto collettivo applicato	Livello inquadramento	Mansione
	Tempo indeterminato	Full time	Part Time			
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

¹¹ Selezionare l'opzione per il lavoratore in questione facendo riferimento alle definizioni di cui al par. 2 dell'Avviso.

B.3.A. Determinazione importo aiuto richiedibile per Lavoratori svantaggiati

Codice Fiscale	Costi salariali annui (€)	Costi salariali sostenuti (€)	N° Ore di impiego ¹²	Costo Orario	Intensità Aiuto	Importo aiuto richiedibile (€)
1	2	3	4	5=3/4	6	7=6*5*4
					50%	
					50%	
					50%	
Totale B.3.B						

B.3.B. Determinazione importo aiuto richiedibile per Lavoratori con disabilità

Codice Fiscale	Costi salariali annui (€)	Costi salariali sostenuti (€)	N° Ore di impiego ¹³	Costo Orario	Intensità Aiuto	Importo aiuto richiedibile (€)
1	2	3	4	5=3/4	6	7=6*5*4
					75%	
					75%	
					75%	
Totale B.3.C						

B.3.C. Determinazione aiuto richiesto

		Importo (€)
1	Importo richiedibile aiuto per assunzione lavoratori svantaggiati (Totale B.3.B.)	
2	Importo richiedibile aiuto per assunzione lavoratori disabili (Totale B.3.C)	
3	Totale importo aiuto richiedibile	
4	Importo aiuto richiesto ¹⁴	

¹² Max 1.720 ore, in conformità con le disposizioni di cui al par. 3.3(5)(b) del presente Avviso

¹³ Max 1.720 ore, in conformità con le disposizioni di cui al par. 3.3(5)(b) del presente Avviso

¹⁴ Riportare il minore tra i due valori i) "Totale importo aiuto richiedibile" e ii) importo massimo concedibile per impresa di cui al par. 3.4.1 comma 3 del presente Avviso.