

Allegato 1A Dettaglio del contributo richiesto



All'ASPAL

Servizio Politiche a favore di soggetti a rischio di esclusione
Via Is Mirronis, 195
09122 CAGLIARI
agenzia lavoro@pec.regione.sardegna.it

Oggetto: “VALORE LAVORO” - AVVISO PER LA REALIZZAZIONE DI AZIONI DI INSERIMENTO LAVORATIVO DI PERSONE CON DISABILITA’ – Dettaglio del contributo richiesto

Il/La sottoscritto/a:

Codice Fiscale nato/a Prov. () il

residente nel Comune di:

Provincia Via/Piazza

nella qualità di¹: dell'Impresa (denominazione) cod. ATECO²

CF e/o P.IVA

Richiede il contributo di cui al presente avviso a valere sulle seguenti linee di azione:

- LINEA A - Aiuti all'occupazione di lavoratori con disabilità sotto forma di contributi all'assunzione (compilare Sezione A)**
- LINEA B - Aiuti intesi a compensare i sovraccosti connessi all'occupazione di lavoratori con disabilità (compilare Sezione B)**

oppure

- LINEA C- Contributi alla realizzazione di tirocini extracurricolari di persone con disabilità (compilare Sezione C)**

¹ Specificare se legale rappresentante, procuratore speciale o delegato. Nel caso di procura speciale o delega, allegarle in originale o copia conforme con i dati relativi: numero e data.

² Inserire oltre al codice anche la “descrizione”.

Allegato 1A Dettaglio del contributo richiesto



In caso di contributo richiesto a valere sulla linea di azione B o A+B, compilare le seguenti informazioni³ per ogni destinatario:

DATI DESTINATARIO (compilare per ogni destinatario)	
Cognome e nome	
codice fiscale	
nato/a	
il	
residente in	
CAP	
Via/Piazza/Località	n.
tel.	
PEC (se disponibile)	E-mail
domiciliato/a in	CAP
Via/Piazza/Località	
iscritto al CPI di	
iscrizione L.68/99	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO/in attesa di iscrizione
<input type="checkbox"/>	il lavoratore è stato assunto in data ⁴
<input type="checkbox"/>	il lavoratore non è stato ancora assunto

Se necessario ripetere le informazioni per ogni destinatario

³ Laddove non diversamente indicato tutte le informazioni sono obbligatorie.

⁴ Sono ammissibili le assunzioni/trasformazioni attivate a decorrere dalla data del 22/05/2024.

SEZIONE A - Aiuti all'occupazione di lavoratori con disabilità sotto forma di contributi all'assunzione <i>(compilare per ogni destinatario)</i>	
CF destinatario	
TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE PER LA QUALE SI CHIEDE IL CONTRIBUTO	<input type="checkbox"/> Assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (CO - tipo contratto A.01.00) <input type="checkbox"/> Assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato (CO – tipo contratto A.02.00) di durata non inferiore a 12 mesi <input type="checkbox"/> Trasformazione di contratto da tempo determinato a tempo indeterminato (CO - tipo contratto A.01.00)
TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO	<input type="checkbox"/> a tempo pieno (CO – tipo orario F) <input type="checkbox"/> parziale (CO – tipo orario P, V, M) ore settimanali Livello inquadramento CCNL riferimento Qualifica professionale
REGIME DI AIUTO PRESCELTO	<input type="checkbox"/> Esenzione Reg. (UE) n. 651/2014, art. 33 <i>(compilare allegato 3)</i> <input type="checkbox"/> De minimis Reg. (UE) n. 2023/2831 <i>(compilare allegato 4)</i>
IMPORTO TOTALE RICHIESTO LINEA A <i>(valore in euro)</i>	

Se necessario ripetere le informazioni per ogni destinatario, riportare le medesime informazioni dell'Allegato 1B – Piano finanziario

Allegato 1A Dettaglio del contributo richiesto



SEZIONE B - Aiuti intesi a compensare i sovraccosti connessi all'occupazione di lavoratori con disabilità
(compilare per ogni destinatario)

CF destinatario	
IMPORTO TOTALE RICHIESTO IN REGIME DI ESENZIONE LINEA B (a+b - compilare allegato 3) (valore in euro)	
IMPORTO TOTALE RICHIESTO IN REGIME DE MINIMIS LINEA B (c+d - compilare allegato 4) (valore in euro)	
IMPORTO TOTALE RICHIESTO LINEA B (a+b+c+d) (valore in euro)	

Se necessario ripetere le informazioni per ogni destinatario, riportare le medesime informazioni dell'Allegato 1B – Piano finanziario

RIEPILOGO IMPORTI RICHIESTI (valore in euro)					
CF Destinatario	Importo Linea A		Importo Linea B		Totale
	Regime di esenzione	Regime De minimis	Regime di esenzione	Regime De minimis	
Totale					

Aggiungere righe se necessario

In caso di contributo richiesto a valere sulla linea di azione C compilare le seguenti informazioni⁵ per ogni destinatario:

SEZIONE C - Contributi alla realizzazione di tirocini extracurricolari di persone con disabilità <i>(compilare per ogni destinatario)</i>	
DATI SOGGETTO OSPITANTE	Ragione sociale Codice Fiscale/P IVA Sede Legale Settore attività (Codice ATECO/ISTAT): Orario settimanale previsto dal CCNL applicato Sede di svolgimento del tirocinio Indirizzo Tel Email PEC Tutor Recapito telefonico Email
DATI TIROCINANTE	Cognome e nome codice fiscale nato/a il residente in CAP Via/Piazza/Località n. tel. PEC <i>(se disponibile)</i> E-mail domiciliato/a in CAP Via/Piazza/Località iscritto al CPI di iscrizione L.68/99 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO/in attesa di iscrizione

⁵ Laddove non diversamente indicato tutte le informazioni sono obbligatorie.

Allegato 1A Dettaglio del contributo richiesto



SEZIONE C - Contributi alla realizzazione di tirocini extracurricolari di persone con disabilità <i>(compilare per ogni destinatario)</i>	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO E ORGANIZZAZIONE DEL TIROCINIO	Numero mesi: Data prevista inizio Data prevista fine: Numero ore settimanali
ATTIVITA' DEL TIROCINIO	Profilo professionale e codice ISTAT Settore Eventuali azioni di supporto (es. modifiche dell'ambiente di lavoro, utilizzo di ausili, relazioni e supporto)
INDENNITA'	Indennità mensile di partecipazione al tirocinio pari ad Euro <i>(non inferiore a € 600,00 lordi mensili)</i> Presenza buoni pasto o erogazione servizio mensa <i>(specificare)</i>
IMPORTO TOTALE RICHIESTO LINEA C <i>(valore in euro)</i>	<i>(Numero mesi X importo indennità mensile)</i>

RIEPILOGO IMPORTI RICHIESTI <i>(valore in euro)</i>			
CF Destinatario	N. mesi di tirocinio <i>(a)</i>	Importo Indennità mensile <i>(b)</i>	Totale euro <i>(axb)</i>
Totale			

Aggiungere righe se necessario

Firma del
dichiarante

(in caso di firma autografa allegare documento d'identità)