All’**ASPAL**

Servizio Politiche a favore di soggetti a rischio di esclusione

Via Is Mirrionis, 195

09122 CAGLIARI

[agenzialavoro@pec.regione.sardegna.it](mailto:agenzialavoro@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 di[[1]](#footnote-2):  dell’Impresa (denominazione)      *cod. ATECO[[2]](#footnote-3)*

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 extracurriculari di persone con disabilità** *(compilare Sezione C)* |

**In caso di contributo richiesto a valere sulla linea di azione B o A+B, compilare le seguenti informazioni[[3]](#footnote-4) 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  Via/Piazza/Località  iscritto al CPI di  iscrizione L.68/99  SI  NO/in attesa di iscrizione  il lavoratore è stato assunto in data[[4]](#footnote-5)  il lavoratore non è stato ancora assunto |

*Se necessario ripetere le informazioni per ogni destinatario (selezionare riquadro e click sul + in basso a dx)*

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 con il +*

**In caso di contributo richiesto a valere sulla linea di azione C compilare le seguenti informazioni[[5]](#footnote-6) per ogni destinatario:**

| **SEZIONE C - Contributi alla realizzazione di tirocini extracurriculari di persone con disabilità**  *(compilare per ogni destinatario)* | |
| --- | --- |
| **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       (*se disponibile*) E-mail  domiciliato/a in       CAP  Via/Piazza/Località  iscritto al CPI di  iscrizione L.68/99  SI  NO/in attesa di iscrizione |
| **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) |
| **INDENNITÀ’** | Indennità mensile di partecipazione al tirocinio pari ad Euro *(non inferiore a € 600,00 lordi mensili)*  Presenza buoni pasto o erogazione servizio mensa *(specificare)* |
| **IMPORTO TOTALE RICHIESTO LINEA C *(valore in euro)*** | (*Numero mesi X importo indennità mensile)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RIEPILOGO IMPORTI RICHIESTI**  ***(valore in euro)*** | | | |
| **CF Destinatario** | **N. mesi di tirocinio**  ***(a)*** | **Importo Indennità mensile *(b)*** | **Totale**  ***euro (a x b)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Totale** | | |  |

*Aggiungere righe se necessario con il +*

Firma del

dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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. [↑](#footnote-ref-2)
2. Inserire oltre al codice anche la “descrizione”. [↑](#footnote-ref-3)
3. Laddove non diversamente indicato tutte le informazioni sono obbligatorie. [↑](#footnote-ref-4)
4. Sono ammissibili le assunzioni/trasformazioni attivate a decorrere dalla data **del 22/05/2024**. [↑](#footnote-ref-5)
5. Laddove non diversamente indicato tutte le informazioni sono obbligatorie. [↑](#footnote-ref-6)