



## ALLEGATO 2 Formulario

### POR CAMPANIA FSE 2007/2013

PIANO D'AZIONE PER IL LAVORO "CAMPANIA AL LAVORO!"

### AVVISO PUBBLICO

per la presentazione

di domanda di incentivi all'assunzione per il progetto:

"Più sviluppo più lavoro "

### LINEA DI INTERVENTO

1

2



## Scheda A- Informazioni sul soggetto proponente

Denominazione/Ragione sociale	
-------------------------------	--

Forma Giuridica		Codice attività economica (ATECO):	
-----------------	--	------------------------------------	--

Descrizione Attività	
----------------------	--

Data di costituzione	__/__/__	Data di inizio attività	__/__/__
Data iscrizione CCIAA	__/__/__	R.I. n°	Prov.

### Ovvero

Ordine/Albo/Collegio professionale/Titolare di partita IVA	
Data iscrizione	__/__/__ n° Prov.

Codice Fiscale / Partita IVA		Data rilascio	
------------------------------	--	---------------	--

Autorizzazione n° (Ag. del Lav.)		Data rilascio	
----------------------------------	--	---------------	--

Indirizzo sede legale			
C.A.P.			Prov.
Via e n°			
Tel		E-mail	

Indirizzo sede operativa			
C.A.P.			Prov.
Via e n°			
Tel		E-mail	

Rappresentante legale			
Nome e cognome			
Luogo e data di nascita		C.F.	
Tel		E-mail	

Referente per il progetto			
Nome e cognome			
Luogo e data di nascita		C.F.	
Tel		E-mail	



CCNL vigente	
--------------	--

Organico Attuale (alla data di presentazione della richiesta)

Qualifiche funzionali	Numero dipendenti			di cui a tempo indeterminato		di cui a tempo determinato		Corrispondenti a n° ULA	Livello di inquadramento
	M	F	Tot.	FULL TIME	PART TIME (<30 h sett.)	FULL TIME	PART TIME (<30 h sett.)		
Operai									
Operai specializzati									
Impiegati									
Quadri									
Dirigenti									
Altro (Specificare):									
<b>TOTALE</b>									

Variazione organica nell'ultimo anno

Anno 2009	n.	Anno 2010	n.		
Negli ultimi 2 anni si è fatto ricorso alla Cassa integrazione guadagni?				SI	NO

Dimensione azienda

Micro	<input type="checkbox"/>	Piccola	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>	Grande	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------



## Scheda B - Fabbisogni occupazionali del soggetto proponente

Indicare il numero e la denominazione dei profili professionali che si ha necessità di assumere.

Incremento ULA rispetto alla media dei 12 mesi precedenti

Nuova occupazione incrementale per tipologia di contratti	Numero	(costo complessivo ULA)
Totale Nuovi Occupati, di cui:		€
- <i>Assunti con contratto a tempo indeterminato</i>		€
- <i>Assunti con contratto a tempo determinato</i>		€
- <i>Assunti con contratto di somministrazione</i>		€
<b>TOTALE</b>		€



## Scheda C – Informazioni sulle unità lavorative su cui si richiede il contributo

Sezione da compilare per ciascuna unità lavorativa per la quale si richiede il contributo

### Dati anagrafici del lavoratore

Nome e Cognome			
C.F.			
Luogo e data di nascita			
Indirizzo			
CAP (Comune)			
Tel.		e-mail:	
Centro per l'Impiego presso cui il lavoratore risulta iscritto		Data di iscrizione al Centro per l'Impiego	

### Dati relativi all'assunzione del lavoratore

<input type="checkbox"/> <i>assunzione a tempo indeterminato</i>	Data di decorrenza:
<input type="checkbox"/> <i>assunzione a tempo determinato</i>	Data di decorrenza:
<input type="checkbox"/> <i>assunzione con contratto di somministrazione</i>	
Tipologia di rapporto (full time/part time)	
Qualifica	
CCNL applicato	

### Quadro finanziario e rispetto dei limiti di cumulo per singolo lavoratore

	Calcolo degli incentivi per singola ULA	Importo
D.1	Costo Lordo annuo del lavoro come da CCNL applicato	€
D.2	Agevolazioni derivanti da:	€
D.2.1	Risorse locali	€
D.2.2	Risorse regionali	€
D.2.3	Risorse nazionali	€
D.2.4	Risorse comunitarie	€
D.3	Incentivo all'occupazione richiesto alla Regione Campania	€
Totale contributo pubblico richiesto per ULA (Intensità massima: entro 50% del costo salariale lordo)		€

(tabella da compilare per i lavoratori disabili)

	Calcolo degli incentivi per lavoratore disabile	Importo
D.1	Costo Lordo annuo del lavoro come da CCNL applicato	€
D.2	Agevolazioni derivanti da:	€
D.2.1	Risorse locali	€
D.2.2	Risorse regionali	€
D.2.3	Risorse nazionali	€
D.2.4	Risorse comunitarie	€
D.3	Incentivo all'occupazione richiesto alla Regione Campania	€
Totale contributo pubblico richiesto per ULA (Intensità massima: entro 75% del costo salariale lordo)		€



### SOTTOSCRIZIONE FORMULARIO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'impresa \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_, P. IVA \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e fax \_\_\_\_\_, a conoscenza di quanto prescritto dall'art 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, con riferimento alla Concessione di incentivi per l'assunzione di lavoratori disoccupati di lunga durata sotto forma di integrazione salariale, previsti dall'Avviso Regionale.

### DICHIARA

che le informazioni riportate nel Formulario sono autentiche e sottoscrive tutto quanto in essa contenuto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento di cui al Paragrafo 13 dell'Avviso, presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le attività indispensabili al proseguimento del rapporto. Consapevole che il trattamento potrà riguardare alcuni dati definiti sensibili o giudiziari di cui all'art.4 comma 1 lett. d) ed e), nonché art. 26 del D.lgs. 196/2003, presta il proprio libero consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili come risultante dalla suddetta informativa, limitatamente comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_