

**Allegato “A”**



Alla Città Metropolitana di Firenze

Direzione Lavoro  
Collocamento Mirato L.  
68/99 Via Capo di Mondo,  
66  
50136 FIRENZE

**OGGETTO: DOMANDA DI CONTRIBUTO A VALERE SU “CONTRIBUTI PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALE ALLE IMPRESE A VALERE SUL FONDO REGIONALE Leg.68-99”**

Il/La sottoscritta/a _____ c. _____	fiscale
Nato/a a _____ (Prov. ____ ) il ____ / ____ / ____	
residente in _____ (Prov. ____ ) Cap _____	
Via _____	

In qualità di:

o _____ Legale _____ rappresentante _____ di _____	
con sede legale nel Comune di _____ Cap _____ (Prov. ____ )	
Via _____	

Tel. _____	Fax _____	e-mail _____
Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____		
Iscrizione C.C.I.A.A. _____		
Esercente attività di _____		
nel settore _____		
codice ATECO _____		
Matricola INPS _____		
Soggetta agli obblighi di cui alla L. 68/99 <span style="float: right;">o SI      o NO</span>		

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL CONTRIBUTO A VALERE SULL' AVVISO DI CUI ALL'OGGETTO**

- per l'importo totale di \_\_\_\_\_ Euro ed un costo orario di \_\_\_\_\_ Euro l'importo massimo ammissibile di contributo così determinato:

*(indicare importo in base all'art. 7 ed al numero di destinatari)*

- ☐ \_\_\_\_\_ euro nel caso di un solo (1) soggetto destinatario coinvolto nelle azioni di formazione
- ☐ \_\_\_\_\_ euro nel caso di due (2) soggetti coinvolti nelle azioni di formazione
- ☐ \_\_\_\_\_ euro nel caso di tre (3) soggetti coinvolti nelle azioni di formazione

- per interventi finalizzati all'inserimento e l'integrazione lavorativa di soggetti disabili ed azioni di formazione quali:

- ☐ n.° \_\_\_\_\_ corso/i di qualifica, certificazione delle competenze e dovuti di legge riconosciuti formazione professionale riconosciuti ai sensi dell'art. 17, comma 2, della L.R. n. 32/02: \_\_\_\_\_

*(indicare denominazione, atto di approvazione ed ente ed allegare materiale informativo)*

- ☐ n.° \_\_\_\_\_ master : \_\_\_\_\_

*(indicare denominazione ed allegare materiale informativo)*

- ☐ n.° \_\_\_\_\_ corso/i a carattere professionalizzante finalizzati allo sviluppo di competenze tecnico-professionali : \_\_\_\_\_

*(indicare denominazione ed allegare materiale informativo)*

- attuate da :

- ☐ Soggetto/i accreditato/i ai sensi della DGRT 968/07 e s. m e i.: \_\_\_\_\_

*(indicare denominazione soggetto attuatore ai sensi dell'art. 8)*

- ☐ Università: \_\_\_\_\_

*(indicare denominazione soggetto attuatore ai sensi dell'art. 8)*

- ☐ Impresa richiedente attraverso proprio personale: \_\_\_\_\_

*(specificare nome e cognome, competenze professionali, mansione)*

- ☐ Persone fisiche (es. consulenti, liberi professionisti ): \_\_\_\_\_  
(specificare nome e cognome, tipologia consulente, competenze professionali, mansione)
- ☐ Altri soggetti per la formazione professionale individuati dall'impresa: \_\_\_\_\_  
(specificare nome e cognome o tipologia consulente, competenze professionali)

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA INOLTRE:**

- che gli interventi/azioni
  - ☐ si sommano ad altri strumenti di finanziamento messi a disposizione dalla Città Metropolitana: \_\_\_\_\_ (specificare obbligatoriamente)
  - ☐ NON si sommano ad altri strumenti di finanziamento messi a disposizione dalla Città Metropolitana
- che il costo orario delle azioni di formazione non è superiore a 50,00 euro
- di non usufruire di finanziamenti pubblici o privati per lo svolgimento della medesima azione
- di accettare integralmente quanto disciplinato nell'avviso
- di aver preso visione della normativa sugli aiuti di stato
- di essere in regola con l'applicazione del CCNL
- di essere in regola con i versamenti contributivi ed assicurativi obbligatori
- di essere in regola con la normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro
- che il/i destinatario finale/i della formazione è/sono di cui all'art.1 L.68/1999 iscritto/i negli elenchi della città Metropolitana di Firenze:
  1. nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
  2. nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
  3. nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**si impegna INOLTRE a:**

- fornire alla Città Metropolitana di Firenze - Collocamento Mirato Legge 68/99 – le informazioni e la documentazione comprovanti gli interventi ed azioni effettuati;
- dare comunicazione dell' assunzione a tempo indeterminato per un part time minimo del 50% oppure a tempo determinato per almeno 12 mesi di almeno 1 soggetto destinatario di cui all'art.2 dell'avviso
- non cumulare successivamente altri finanziamenti pubblici o privati per lo svolgimento della medesima azione
- comunicare qualsiasi variazione sopraggiunta rispetto a quanto dichiarato
- dare comunicazione motivata alla Città Metropolitana di Firenze dell'eventuale interruzione anticipata dell'intervento/azione finanziati, qualunque ne sia la causa
- consentire gli opportuni controlli sulla documentazione presentata, nonché gli eventuali sopralluoghi per la verifica dell'intervento/azione finanziati.

**ALLEGA:**

- ☐ N.° \_\_\_\_ Scheda informativa corso/i
- ☐ N.° \_\_\_\_ Bando master
- ☐ N.° \_\_\_\_ Materiale pubblicitario e/o informativo del corso
- ☐ N.° \_\_\_\_ Materiale pubblicitario e/o informativo del soggetto attuatore
- ☐ Dichiarazione sugli aiuti di stato All.B

Data \_

---

Firma del legale rappresentante  
**(allegare fotocopia documento  
d'identità)**