

Marca da
bollo
€ 2,00

Città Metropolitana di Firenze
Collocamento
Mirato Via Capo
Di Mondo, 66
50136 FIRENZE

Allegato C

**Oggetto: DOMANDA DI CONTRIBUTO A VALERE SU "CONTRIBUTI PER LA
FORMAZIONE PROFESSIONALE ALLE IMPRESE" Richiesta liquidazione finanziamento**

Il/La sottoscritto/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 _____

CCNL Applicato _____

Matricola INPS _____

CHIEDE LA LIQUIDAZIONE DEL 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 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 sono svolti come da domanda presentata
- che non sono intervenute variazioni rispetto alle dichiarazioni in sede di domanda di contributo
- che non sussistono le condizioni di revoca/decadenza di cui all'art.13
- ai sensi dell'art. 7 che il/i destinatario/i finale/i dell'intervento di cui di seguito si riporta/riportano il/i nominativo/i è/sono stato/i assunto/i

(REPLICARE I DATI A SEGUIRE SE RICORRE IL CASO DI PIU' DESTINATARI ASSUNTI)

1.NOME _____ COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____ COD.FISCALE _____

TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE:

- contratto tempo indeterminato per un full-time o part time minimo del 50%
- contratto tempo determinato per una durata di almeno 12 mesi

DATA

ASSUNZIONE _____ DURATA _____

A tal fine allega:

(documenti che attestano il pagamento delle prestazioni o delle forniture)

- N.°_ricevuta/e c.c.p.;
- N.°_ricevuta/e di bonifico bancario;
- N.°_estratto/i conto dei pagamenti relativi al progetto effettuati tramite banca (eventuali dati non rilevanti per il progetto possono essere nascosti o resi illeggibili);
- dichiarazione dell'impresa che ha svolto l'attività formativa tramite il proprio personale;
- attestazione individuale delle competenze acquisite predisposta dal soggetto attuatore;
- dichiarazione per contributi relativa all'assoggettabilità alla ritenuta d'acconto (All.E)

Luogo e data _____

Timbro dell' Azienda e

Firma del legale rappresentante

(allegare fotocopia documento d'identità)