

ALLEGATO – A

Il/la sottoscritto/a

nato/a a prov. il residente a

prov. cap. via n.

in qualità di (barrare una delle seguenti voci):

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare)

dell'impresa:

denominazione o ragione sociale

con sede legale in prov. via n.

tel. fax e-mail

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex articolo 75 del medesimo D.P.R.,

D I C H I A R A

che l'impresa è regolarmente iscritta nel Registro delle Imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di
prov.

Numero di iscrizione:

Data di iscrizione: Data inizio attività:

Forma giuridica:

Codice fiscale:

Partita IVA:

Matricola INPS

Sede competente INPS:

Codice ditta INAIL :

Sede competente INAIL:

Codice impresa CASSA EDILE (per le Imprese edili):

Sede competente CASSA EDILE

DICHIARA INOLTRE

che l'impresa non è sottoposta a forme di influenza pubblica tale da essere compresa nella casistica relativa agli organismi pubblici ai sensi dell'articolo 3, comma 26 del D. Lgs. n. 163/2006.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati ai sensi del D.lgs. 196/2003.

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- ☐ In caso di procuratore è obbligatorio allegare copia della procura;
- ☐ In caso di liquidatore o di curatore fallimentare è obbligatorio allegare copia dell'atto di nomina.

luogo e data (firma per esteso e leggibile)

ALLEGATO - B

DICHIARAZIONE “DE MINIMIS” Reg. (CE) n. 1407/2013

Modello valido per imprese di tutti i settori produttivi tranne quelli di cui agli Allegati C/D/E
(dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà - articolo 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

di _____

avente sede legale in _____ Via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;

nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (CE) n. 1407/2013 del 18 dicembre 2013 (GUCE L 352 del 24.12.2006) della Commissione Europea relativo all’applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato CE agli aiuti di importanza minore (“*de minimis*”);

DICHIARA

- che la presente dichiarazione fa riferimento al soggetto beneficiario inteso quale impresa unica, come individuata ai sensi dell’art. 2, c. 2 del Reg. (UE) n. 1407/2013;
- che l’impresa non versa attualmente in condizioni di difficoltà¹
- (*barrare l’ipotesi che ricorre*)

¹ Per “impresa in difficoltà” si intende un’impresa che risponde ai requisiti del punto 2.1 degli Orientamenti comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione delle imprese in difficoltà (2004/C 244/02).

- ☐ che l'impresa rappresentata non ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune;
oppure
- ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune e di aver restituito tale aiuto o di averlo depositato in un conto bloccato;
- (*barrare l'ipotesi che ricorre*)
- ☐ che l'impresa rappresentata non ha beneficiato di contributi pubblici concessi in regime "*de minimis*" (Regolamento CE n. 1407/2013) sino alla data della presente dichiarazione;
oppure
- ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto/beneficiato dei finanziamenti sotto specificati, a titolo di "*de minimis*", nell'arco dei tre ultimi esercizi finanziari (quello in corso più i due precedenti):

DATA	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	ENTE EROGATORE/ ATTO DI FINANZIAMENTO	IMPORTO
TOTALE			

- che l'importo che si richiede nell'ambito del presente Bando è pari a € _____²

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, ____/____/_____
luogo data

Timbro dell'impresa e
Firma del Legale rappresentante

Firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 38 del D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni.

² La soglia degli aiuti "*de minimis*" ex reg. (CE) 1407/2013 è di 200.000,00 euro, incluso l'aiuto da erogare, di sovvenzioni pubbliche concesse a tale titolo ad un'impresa unica (secondo la definizione di cui all'art. 2, c. 2 del predetto regolamento) nell'arco di un periodo di tre esercizi finanziari (quello in corso più i due precedenti).
Per le imprese attive nel settore del trasporto di merci su strada per conto terzi la soglia massima ammessa all'esenzione "*de minimis*" è di 100.000,00 Euro.

ALLEGATO - C

DICHIARAZIONE “DE MINIMIS” Reg. (UE) n. 1408/2013

Modello valido per imprese del settore della produzione di prodotti agricoli

(dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà - articolo 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente in _____
_____ via _____

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

- ☐ Titolare
- ☐ Legale rappresentante
- ☐ Procuratore speciale
- ☐ Liquidatore
- ☐ Curatore fallimentare
- ☐ Altro (specificare) _____
- di _____

avente sede legale in _____ Via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

- ✓ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- ✓ nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 1408/2013 del 18 dicembre 2013 (GUCE L 352/9 del 24.12.2013) della Commissione europea relativo all’applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato UE agli aiuti “*de minimis*” del settore della produzione dei prodotti agricoli³;

DICHIARA

- che l’impresa non versa attualmente in condizioni di difficoltà⁴

³ L’impresa beneficiaria, ai sensi del Reg. (UE) 1408/2013, può cumulare fino ad un massimo di € 15.000 di aiuti pubblici concessi a tale titolo nell’arco di tre esercizi finanziari (l’esercizio in corso più i due esercizi precedenti). La regola “*de minimis*” non si applica: a) agli aiuti il cui importo è fissato in base al prezzo quantitativo commercializzato; b) aiuti per attività connesse all’esportazione verso paesi terzi o Stati membri, cioè aiuti direttamente collegati ai quantitativi esportati, alla costituzione e gestione di una rete di distribuzione o ad altre spese correnti connesse con l’attività d’esportazione; c) aiuti subordinati all’impiego di prodotti nazionali rispetto a quelli d’importazione.

⁴ Per “impresa in difficoltà” si intende un’impresa che risponde ai requisiti del punto 2.1 degli Orientamenti comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione delle imprese in difficoltà (2004/C 244/02).

- (barrare l'ipotesi che ricorre)

- ☐ che l'impresa rappresentata non ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune;

oppure

- ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune e di aver restituito tale aiuto o di averlo depositato in un conto bloccato;

- (barrare l'ipotesi che ricorre)

- ☐ che l'impresa rappresentata non ha beneficiato di contributi pubblici concessi in regime “*de minimis*” (Regolamento UE n. 1408/2013) sino alla data della presente dichiarazione;

oppure

- ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto/beneficiato dei finanziamenti sotto specificati, a titolo di “*de minimis*”, nell'arco dei tre ultimi esercizi finanziari (quello in corso più i due precedenti):

DATA	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	ENTE EROGATORE/ ATTO DI FINANZIAMENTO	IMPORTO
TOTALE			

- che l'importo che si richiede nell'ambito del presente Bando è pari a € _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, ____/____/____
luogo data

Timbro dell'impresa e
Firma del Legale rappresentante

Firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 38 del
D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni.

ALLEGATO - D - BIS

DICHIARAZIONE “DE MINIMIS” Reg. (UE) n. 717/2014

Modello valido per imprese del settore della pesca e dell’acquacoltura

(dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà - articolo 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

di _____

avente sede legale in _____ Via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

- ✓ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- ✓ nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 717/2014 del 27 giugno 2014 (GUCE L 190/45 del 28.06.2014) della Commissione relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato UE agli aiuti "de minimis" nel settore della pesca e dell'acquacoltura⁵;

DICHIARA

- che l’impresa non versa attualmente in condizioni di difficoltà⁶

- (*barrare l’ipotesi che ricorre*)

- ☐ che l’impresa rappresentata non ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune;

⁵ L’impresa beneficiaria, ai sensi del Reg. (UE) 717/2014, può cumulare fino ad un massimo di € 30.000 di aiuti pubblici concessi a tale titolo nell’arco di tre esercizi finanziari (l’esercizio in corso più i due esercizi precedenti).

⁶ Per “impresa in difficoltà” si intende un’impresa che risponde ai requisiti del punto 2.1 degli Orientamenti comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione delle imprese in difficoltà (2004/C 244/02).

oppure

- ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune e di aver restituito tale aiuto o di averlo depositato in un conto bloccato;

- (*barrare l'ipotesi che ricorre*)

- ☐ che l'impresa rappresentata non ha beneficiato di contributi pubblici concessi in regime “*de minimis*” (Regolamento CE n. 717/2014) sino alla data della presente dichiarazione;

oppure

- ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto/beneficiato dei finanziamenti sotto specificati, a titolo di “*de minimis*”, nell'arco dei tre ultimi esercizi finanziari (quello in corso più i due precedenti):

DATA	NORMATIVA RIFERIMENTO	DI	ENTE EROGATORE/ ATTO FINANZIAMENTO	DI	IMPORTO
TOTALE					

- che l'importo che si richiede nell'ambito del presente Bando è pari a € _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, ____/____/____
luogo data

Timbro dell'impresa e
Firma del Legale rappresentante

*Firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 38 del
D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni.*

ALLEGATO - E

DICHIARAZIONE “DE MINIMIS” Reg. (CE) n. 360/2012

Modello valido per imprese della produzione di servizi di interesse economico generale

(dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà - articolo 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____
via _____

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

- ☐ Titolare
- ☐ Legale rappresentante
- ☐ Procuratore speciale
- ☐ Liquidatore
- ☐ Curatore fallimentare
- ☐ Altro (specificare) _____

di _____

avente sede legale in _____ Via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;

nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (CE) n. 360/2012 del 25 aprile 2012 (GUCE L 114/8 del 26.04.2012) della Commissione europea relativo all’applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell’Unione Europea agli aiuti di importanza minore (“*de minimis*”) concessi alle imprese che forniscono servizi di interesse economico generale⁸;

DICHIARA

⁷ L’importo complessivo degli aiuti “*de minimis*” concessi a un’impresa che fornisce servizi di interesse economico generale non deve superare € 500.000,00 nell’arco di tre esercizi finanziari. Tale massimale si applica a prescindere dalla forma dell’aiuto “*de minimis*” o a prescindere dal fatto che l’aiuto concesso sia finanziato interamente o parzialmente con risorse di origine dell’Unione Europea (articolo 2, reg. 360/2012)

⁸ Per la nozione di servizio di interesse economico generale si rimanda alla “*Comunicazione della Commissione sull’applicazione delle norme dell’Unione europea in materia di aiuti di Stato alla compensazione concessa per la prestazione di servizi di interesse economico generale*” (2012/C 8/02).

- che l'impresa non versa attualmente in condizioni di difficoltà⁹
- (barrare l'ipotesi che ricorre)
 - ☐ che l'impresa rappresentata non ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune;
oppure
 - ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune e di aver restituito tale aiuto o di averlo depositato in un conto bloccato;
- (barrare l'ipotesi che ricorre)
 - ☐ che l'impresa rappresentata non ha beneficiato di contributi pubblici per la prestazione di servizi di interesse economico di interesse generale;
oppure
 - ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto/beneficiato dei finanziamenti sotto specificati, anche anteriormente all'entrata in vigore del regolamento UE 360/2012 ma conformi alle condizioni di cui agli articoli 1 e 2 dello stesso, nell'arco dei tre ultimi esercizi finanziari (quello in corso più i due precedenti):

DATA	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	ENTE EROGATORE/ ATTO DI FINANZIAMENTO	IMPORTO
TOTALE			

- che l'importo che si richiede nell'ambito del presente Bando è pari a € _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, ____/____/____
luogo data

Timbro dell'impresa e
Firma del Legale rappresentante

Firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 38 del D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni.

⁹ Per “impresa in difficoltà” si intende un'impresa che risponde ai requisiti del punto 2.1 degli Orientamenti comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione delle imprese in difficoltà (2004/C 244/02).

ALLEGATO - F

DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, PUNTO 1 LETTERA F), DEL REGOLAMENTO (UE) N. 651/2014 DELLA COMMISSIONE DEL 17 GIUGNO 2014 RELATIVO AGLI AIUTI COMPATIBILI CON IL MERCATO INTERNO IN APPLICAZIONE DEGLI ARTICOLI 107 E 108 DEL TRATTATO SUL FUNZIONAMENTO DELL'UNIONE EUROPEA.

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - articolo 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

di _____

avente sede legale in _____ Via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;

nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 651/2014 della Commissione Europea che dichiara alcune categorie di aiuti compatibili con il mercato interno in applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato CE;

DICHIARA

- che l'impresa non versa attualmente in condizioni di difficoltà¹⁰
(*barrare l'ipotesi che ricorre*)

¹⁰ Per "impresa in difficoltà" si intende un'impresa che risponde ai requisiti del punto 2.1 degli Orientamenti comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione delle imprese in difficoltà (2004/C 244/02).

- ☐ che l'impresa rappresentata non ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune;
- oppure*
- ☐ che l'impresa rappresentata ha ricevuto un ordine di recupero a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune e di aver restituito tale aiuto o di averlo depositato in un conto bloccato;

SI IMPEGNA FIN D'ORA A

- ✓ comunicare tempestivamente alla società Italia Lavoro S.p.A. ogni variazione rispetto a quanto sopra dichiarato;

DICHIARA INOLTRE

- di conoscere ed accettare integralmente quanto riportato nel Regolamento (UE) n. 651/2014 e nell' *"AVVISO PUBBLICO A SPORTELLO RIVOLTO ALLE IMPRESE PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTI FINALIZZATI ALL'INSERIMENTO OCCUPAZIONALE DI DOTTORI DI RICERCA"*;
- che il soggetto assunto con contratto di inserimento di Dottori di Ricerca è un lavoratore:
(barrare l'opzione che ricorre)
 - ☐ "svantaggiato", ovvero:
oppure
 - ☐ "molto svantaggiato"
ai sensi del Regolamento (UE) n. 651/2014;
- che il contributo richiesto per il lavoratore non supera il 50% dei costi salariali¹¹ così come effettuati dalla stima effettuata, durante un periodo massimo di:
(barrare l'opzione che ricorre)
 - ☐ 12 mesi successivi all'assunzione (lavoratore svantaggiato);
oppure
 - ☐ 24 mesi successivi all'assunzione (lavoratore molto svantaggiato);
- che l'assunzione:
(barrare l'opzione che ricorre)

¹¹ Per "costi salariali" si intende l'importo totale effettivamente pagabile dal beneficiario degli aiuti in relazione ai posti di lavoro considerati, che comprende:

- A. la retribuzione lorda, prima delle imposte;
- B. i contributi obbligatori, quali gli oneri previdenziali;
- C. i contributi assistenziali per figli e familiari.

- ☐ rappresenta un aumento netto del numero di dipendenti dell'impresa rispetto alla media dei dodici mesi precedenti (*il calcolo del numero dei dipendenti deve essere effettuato in termini di Unità/Lavoro/Anno - ULA*);

oppure

- ☐ non rappresenta un aumento netto del numero di dipendenti dell'impresa interessata rispetto alla media dei dodici mesi precedenti, ma il posto o i posti occupati si sono resi vacanti in seguito a dimissioni volontarie, invalidità, pensionamento per raggiunti limiti d'età, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa e non in seguito a licenziamenti per riduzione del personale;
- di conoscere che, in base a quanto stabilito nell'Avviso, Italia Lavoro S.p.A. dispone controlli a campione sulla regolarità e veridicità delle dichiarazioni e della documentazione prodotta;
 - di essere a conoscenza che in caso di mancato rispetto di una qualsiasi delle condizioni previste nel Regolamento (UE) 651/2014, potrà essere revocato il contributo erogato, con obbligo di restituire quanto in tale momento risulterà dovuto per capitale, interessi, spese ed ogni altro accessorio;
 - dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, ____/____/_____
luogo data

Timbro dell'impresa e
Firma del Legale rappresentante

*Firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 38 del
D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni.*

ALLEGATO - G

Italia Lavoro S.p.A.
Programma FIXO S&U - DOTTORI DI
RICERCA
via Guidubaldo del Monte, 60
00197 Roma

Oggetto: *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per la richiesta di contributi finalizzati all’inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca” – CUP I52F11000070001.*

RICHIESTA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO (EROGAZIONE ANTICIPATA)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____

indirizzo _____ n. _____ Prov _____

Codice fiscale _____,

in qualità di *(barrare una delle seguenti voci):*

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

di _____

con sede legale in *(comune)* _____ (Prov. _____)

via _____ n° _____ tel. _____

e-mail indicata all’atto di iscrizione al sistema _____

p. iva _____

codice fiscale _____

in riferimento alla graduatoria n. ____ del ____/____/____, relativa all’Avviso Pubblico di Italia Lavoro S.p.A., *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per*

la richiesta di contributi finalizzati all'inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca, pubblicato sul sito www.italialavoro.it, sezione "bandi",

PREMESSO CHE

- a) il sottoscritto ha presentato domanda di contributo in data ____/____/____ per € _____;
- b) il contributo è stato concesso nella misura indicata nella graduatoria sopra indicata;
- c) è stata chiesta ed ottenuta la garanzia fideiussoria di cui all'Articolo 10 dell'Avviso in oggetto;
- d) la predetta garanzia fideiussoria è allegata in originale alla richiesta di liquidazione;

CHIEDE CHE

venga dato corso alla liquidazione anticipata del contributo relativamente al lavoratore assunto _____ (nome e cognome del lavoratore)

e a tal fine

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- a) in caso di interruzione anticipata del rapporto di lavoro per qualsivoglia ragione e a qualsiasi titolo nel periodo di riferimento, l'impresa beneficiaria del contributo dovrà restituire a Italia Lavoro:
 - l'intero contributo riconosciuto in caso di interruzione del rapporto di lavoro per qualsivoglia ragione e a qualsiasi titolo nei primi 6 (sei) mesi dalla stipula del contratto;
 - decorsi 6 (sei) mesi dalla stipula del contratto, un importo proporzionale al periodo intercorrente tra la data di dimissioni ed il predetto periodo di 12 mesi.
- b) Italia Lavoro procederà alla verifica di regolarità della posizione contributiva.
- c) L'impresa beneficiaria non dovrà restituire il contributo in caso di interruzione del rapporto, purché siano decorsi almeno 6 mesi dalla stipula del contratto per il quale il contributo è stato richiesto.
- d) Entro 60 giorni dal decorso del dodicesimo mese dalla data di assunzione del lavoratore, dovrà inviare, mediante raccomandata a/r a: Italia Lavoro S.p.A. – FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA, via Guidubaldo del Monte 60, 00196 Roma:
 - ✓ copia conforme all'originale del Libro Unico del Lavoro relativo alla 12^ mensilità a partire dall'assunzione, da cui si evinca che il soggetto per il quale è stato richiesto il contributo sia ancora alle dipendenze del datore di lavoro.
 - ✓ copia di un documento d'identità in corso di validità del firmatario della richiesta.
- e) Il mancato invio della predetta documentazione nel termine sopra indicato comporterà la decadenza del contributo e la restituzione di quanto già erogato.
- f) Tutte le restituzioni degli importi di cui sopra conseguenti a revoca del contributo formano oggetto della garanzia fideiussoria di cui all'articolo 10 dell'Avviso pubblico e verranno recuperati tramite escussione della medesima.

DICHIARA, INOLTRE, CHE

Ai fini della normativa in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, il conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche, è quello indicato in sede di domanda di contributo e che i soggetti autorizzati ad operare sullo stesso sono i seguenti (nome, cognome e codice fiscale)

Ogni eventuale variazione relativa al conto dedicato sarà tempestivamente comunicata.

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Azienda

ALLEGATO - H

**SCHEMA TIPO POLIZZA FIDEJUSSORIA
PROGRAMMA FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA
AVVISO PUBBLICO A SPORTELLO RIVOLTO ALLE IMPRESE
PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTI FINALIZZATI
ALL'INSERIMENTO OCCUPAZIONALE
DI DOTTORI DI RICERCA**

Polizza fidejussoria a garanzia dei contributi concessi nell'ambito del programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

CONTRAENTE:

BENEFICIARIO: Italia Lavoro S.p.A., via Guidubaldo del Monte n. 60, 00197 Roma – P.IVA. 05367051009

DURATA: si precisa che la presente garanzia fidejussoria ha efficacia dalla data del ___/___/___ fino al ___/___/___, salvo l'eventuale svincolo anticipato in forma scritta da parte di Italia Lavoro S.p.A.;

Premesso che:

- ✓ in data ___/___/___ è stato reso disponibile sul sito www.italialavoro.it, sezione bandi, l'Avviso Pubblico a sportello rivolto alle imprese per la richiesta di contributi finalizzati all'inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca nell'ambito del Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - CUP **I52F11000070001**
- ✓ con provvedimento del ___/___/___, pubblicato sul sito www.italialavoro.it/FIXO - Dottori di Ricerca, sono stati identificati i beneficiari, tra cui risulta, con sede legale in, via, n., cap. Comune per un importo complessivo pari a €, (Euro);
- ✓ ai sensi dell'articolo 9 dell'Avviso pubblico, il contributo sarà erogato al sopraindicato contraente, previa presentazione di fideiussione bancaria in favore della Italia Lavoro S.p.A., pari all'entità dell'importo di euro che si eroga sulla base della presente fideiussione;
- ✓ la polizza è intesa a garantire che il suindicato contraente rispetti tutti gli obblighi e le prescrizioni stabilite nell'Avviso summenzionato.

Tutto ciò premesso,

Articolo 1. La sottoscritta(Banca o Società Assicuratrice) con sede in a mezzo dei sottoscritti (cognome, nome, luogo e data di nascita, qualifica) con la presente dichiara di costituirsi, come con il presente atto si costituisce, fideiussore nell'interesse del/della (*soggetto beneficiario del contributo*) e a favore della Italia Lavoro S.p.A. con sede in Roma, via Guidubaldo del Monte 60, fino alla concorrenza di euro _____, quale soggetto coobbligato e garante rispetto agli obblighi restitutori gravanti sul contraente in dipendenza del provvedimento di concessione di contributo di cui in premessa.

Articolo 2. La sottoscritta (Banca o Società Assicuratrice) rinuncia al beneficio della preventiva escussione da parte del Contraente ai sensi degli artt. 1944 e 1945

del C.C. volendo ed intendendo restare obbligata in solido con il debitore sino alla scadenza della polizza e rinunzia sin da ora ad eccepire la decorrenza del termine di cui all'articolo 1957 C.C.

Articolo 3. La sottoscritta..... (Banca o Società Assicuratrice) si impegna a versare a prima e semplice richiesta scritta di Italia Lavoro S.p.A. la somma che dalla stessa verrà indicata come dovuta, con l'indicazione dell'inadempienza riscontrata da parte di Italia Lavoro S.p.A., cui, peraltro, non potrà essere opposta alcuna eccezione, da parte della (Banca o Società Assicuratrice) stessa, anche nell'eventualità di opposizione proposta dal/dalla (*soggetto beneficiario del contributo*) o da altri soggetti comunque interessati ed anche nel caso che il/la (*soggetto beneficiario del contributo*) sia dichiarata nel frattempo fallita ovvero sottoposta a procedure concorsuali o posta in liquidazione. Il pagamento dovrà avvenire entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

Articolo 4. La sottoscritta..... (Banca o Società Assicuratrice) accetta di specificare nella eventuale richiesta di rimborso effettuata da Italia Lavoro S.p.A. il numero di conto corrente, aperto presso la Cassa di Risparmio di Spoleto S.p.a., Agenzia piazza Mentana - 06049 SPOLETO (PG), C/C 000001006768, **codice IBAN** IT68X0631521850000001006768 ed intestato a Italia Lavoro S.p.A., sul quale devono essere versate le somme da rimborsare;

Articolo 5. La sottoscritta..... (Banca o Società Assicuratrice) precisa che la presente garanzia fidejussoria ha efficacia fino alla data del (*24 mesi dalla data di concessione del contributo*), salvo gli svincoli che potranno essere disposti sulla base degli accertamenti effettuati da Italia Lavoro S.p.A., attestanti il corretto adempimento delle obbligazioni assunte in relazione all'atto di concessione del contributo;

Articolo 6. In caso di controversie tra la (Banca o Società Assicuratrice) e la Italia Lavoro S.p.A. è competente il Foro di Roma.

Data

Banca o Società Assicuratrice
(timbro e firma)

ALLEGATO - I

Italia Lavoro S.p.A.
Programma FIXO S&U - DOTTORI DI
RICERCA
via Guidubaldo del Monte, 60
00197 Roma

Oggetto: *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per la richiesta di contributi finalizzati all’inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca” – CUP I52F11000070001.*

RICHIESTA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO (EROGAZIONE POSTICIPATA)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____

indirizzo _____ n. _____ Prov _____

Codice fiscale _____,

in qualità di *(barrare una delle seguenti voci):*

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

di _____

con sede legale in *(comune)* _____ (Prov. _____)

via _____ n° _____ tel. _____

e-mail indicata all’atto di iscrizione al sistema _____

p. iva _____

codice fiscale _____

in riferimento alla graduatoria n. ____ del ____/____/____, relativa Avviso Pubblico della Italia Lavoro S.p.A., *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per*

la richiesta di contributi finalizzati all'inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca", pubblicato sul sito www.italialavoro.it, sezione "bandi",

PREMESSO CHE

- a) il sottoscritto ha presentato domanda di contributo in data ____/____/____ per € _____;
- b) il contributo è stato concesso nella misura indicata nella graduatoria sopra indicata;
- c) il sottoscritto in sede di presentazione della domanda ha indicato quale modalità di erogazione "un'unica soluzione posticipata".

CHIEDE CHE

venga dato corso alla liquidazione del contributo relativamente al lavoratore assunto _____ (nome e cognome del lavoratore), allegando a tal fine la documentazione richiesta all'articolo 10 dell'Avviso in oggetto (*"copia conforme all'originale del Libro Unico del Lavoro relativo alla 12^a mensilità a partire dall'assunzione, da cui si evinca che il soggetto per il quale è stato richiesto il contributo sia ancora alle dipendenze del datore di lavoro"*; *"copia di documento di identità in corso di validità del firmatario della richiesta"*).

DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- a) Italia Lavoro procederà alla verifica di regolarità della posizione contributiva.

Ai fini della normativa in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, il conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche è quello indicato in sede di domanda di contributo e che i soggetti autorizzati ad operare sullo stesso sono i seguenti _____ (nome, cognome e codice fiscale).

Ogni eventuale variazione relativa al conto dedicato sarà tempestivamente comunicata.

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Azienda

ALLEGATO - L

Italia Lavoro S.p.A.
Programma FIXO S&U - DOTTORI DI
RICERCA
via Guidubaldo del Monte, 60
00197 Roma

Oggetto: *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per la richiesta di contributi finalizzati all’inserimento di Dottori di Ricerca” – CUP I52F11000070001*

RICHIESTA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO AGGIUNTIVO ALL'ASSUNZIONE COMMISURATO AL TUTORAGGIO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____

indirizzo _____ n. _____ Prov _____

Codice fiscale _____,

in qualità di *(barrare una delle seguenti voci):*

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

di _____

con sede legale in *(comune)* _____ (Prov. _____)

via _____ n° _____ tel. _____

e-mail indicata all'atto di iscrizione al sistema _____

p. iva _____

codice fiscale _____

in riferimento alla graduatoria n. ____ del ____/____/____, relativa Avviso Pubblico della Italia Lavoro S.p.A., *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per*

la richiesta di contributi finalizzati all'inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca", pubblicato sul sito www.italialavoro.it, sezione "bandi",

PREMESSO CHE

- a) il sottoscritto ha presentato domanda di contributo in data __/__/____ per € XXXX,XX¹² per attività di Assistenza Didattica Individuale, come indicata nell'articolo 4 dell'Avviso pubblico;
- b) il contributo è stato concesso nella misura indicata nella graduatoria sopra indicata;

CHIEDE CHE

venga dato corso alla liquidazione del contributo, allegando a tal fine la documentazione richiesta all'articolo 11 dell'Avviso in oggetto (*copia conforme all'originale della fattura o documento equipollente quietanzati, emessa dall'istituzione formativa, riportante l'indicazione del numero di ore di Assistenza Didattica erogate e il nominativo del lavoratore assunto, registro di Assistenza Didattica e copia di un documento d'identità in corso di validità del firmatario*).

DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE

- a) Italia Lavoro procederà alla verifica di regolarità della posizione contributiva.

Ai fini della normativa in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, il conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche è quello indicato in sede di domanda di contributo e che i soggetti autorizzati ad operare sullo stesso sono i seguenti _____ (nome, cognome e codice fiscale).

Ogni eventuale variazione relativa al conto dedicato sarà tempestivamente comunicata.

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Azienda

¹² L'importo indicato non può essere superiore a € 2.000,00.

ALLEGATO - M

Italia Lavoro S.p.A.
Programma FIXO S&U - DOTTORI DI
RICERCA
via Guidubaldo del Monte, 60
00197 Roma

Oggetto: *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per la richiesta di contributi finalizzati all’inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca” – CUP I52F11000070001.*

RICHIESTA SVINCOLO DELLA GARANZIA PRESTATATA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____

indirizzo _____ n. _____ Prov _____

Codice fiscale _____,

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

- ☐ Titolare
- ☐ Legale rappresentante
- ☐ Procuratore speciale
- ☐ Liquidatore
- ☐ Curatore fallimentare
- ☐ Altro (specificare) _____

di _____

con sede legale in (*comune*) _____ (Prov. _____)

via _____ n° _____ tel. _____

e-mail indicata all’atto di iscrizione al sistema _____

p. iva _____

codice fiscale _____

in riferimento alla graduatoria n. ____ del ____/____/____, relativa all’Avviso Pubblico di Italia Lavoro S.p.A., *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per*

la richiesta di contributi finalizzati all'inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca, pubblicato sul sito www.italialavoro.it, sezione "bandi",

PREMESSO CHE

- a) il sottoscritto ha presentato domanda di contributo in data ____/____/____ per € _____;
- b) il contributo è stato concesso nella misura indicata nella graduatoria sopra indicata;
- c) è stata chiesta ed ottenuta la garanzia fideiussoria di cui all'articolo 10 dell'Avviso in oggetto;
- d) la predetta garanzia fideiussoria è stata allegata in originale alla richiesta di liquidazione;
- e) il sottoscritto ha presentato in data ____/____/____ domanda di liquidazione del contributo relativamente al lavoratore assunto _____
(nome e cognome del lavoratore);
- f) risultano soddisfatte le condizioni previste dall'Avviso pubblico per l'erogazione integrale del contributo;

CHIEDE CHE

venga svincolata la garanzia prestata attraverso polizza fidejussoria dalla _____ (dettagli di Banca o Assicurazione concedente)
a favore di Italia Lavoro spa per euro _____ a garanzia dei contributi concessi nell'ambito del programma FIxO S&U - Dottori di Ricerca;

e a tal fine allega:

- ☐ copia conforme all'originale del Libro Unico del Lavoro relativo alla 12^ mensilità a partire dall'assunzione, da cui si evinca che il soggetto per il quale è stato richiesto il contributo sia ancora alle dipendenze del datore di lavoro.

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Azienda

ALLEGATO - N

REGISTRO ASSISTENZA DIDATTICA INDIVIDUALE

Programma FIo S&U - Dottori di Ricerca	Istituzione formativa	Timbro di vidimazione da parte dell'Istituzione Formativa
Azienda	Nome e Cognome del Lavoratore	
Sede di svolgimento attività	Mese di	
		Pagina di

Data	Mattina		Pomeriggio		Totale ore	Firma del lavoratore	Firma Assistente Didattico
	Dalle	Alle	Dalle	Alle			

Riepilogo Presenza n° ore

Firma Lavoratore

Timbro e firma Istituzione Formativa

ALLEGATO - O

DICHIARAZIONE IMPRESA E ISTITUZIONE FORMATIVA ATTESTANTE LA NECESSITA' DELL'ASSISTENZA DIDATTICA INDIVIDUALE AI FINI DELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA DA PARTE DEL LAVORATORE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

dell'impresa _____

avente sede legale in _____ Via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 651/2014 della Commissione Europea che dichiara alcune categorie di aiuti compatibili con il mercato comune in applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato CE;

E

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____

in qualità di legale rappresentante dell'Istituzione Formativa

avente sede legale in _____ Via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

- consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 651/2014 della Commissione Europea che dichiara alcune categorie di aiuti compatibili con il mercato comune in applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato CE;

DICHIARANO CONGIUNTAMENTE

Con riferimento alla domanda di concessione di contributi per l'assunzione di Dottori di Ricerca, relativamente al lavoratore assunto _____
(nome e cognome del lavoratore), presentata in relazione all'Avviso Pubblico di Italia Lavoro S.p.A., *"Programma FIXO Se&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per la richiesta di contributi finalizzati all'inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca*, pubblicato sul sito www.italialavoro.it, sezione "bandi", ed al Progetto di Ricerca presentato in allegato a detta domanda:

- che la realizzazione del Progetto di Ricerca **richiede di appropriata attività di Assistenza Didattica individuale a supporto del lavoratore assunto**, come più in dettaglio descritto nel Progetto stesso allegato alla domanda;
- che l'attività di Assistenza Didattica avrà la durata di _____ ore, erogate in presenza;
- che l'attività di Assistenza Didattica avrà termine entro il _____ mese successivo all'avvio del contratto di lavoro;
- che l'attività di Assistenza Didattica sarà erogata da:

Nome e Cognome _____

nato/a _____ il _____

titolo di studio _____

professione _____

residente in _____

via _____ n. _____

Partita IVA e/o C.F. _____

(Allegare il CV dell'Assistente Didattico)

SI IMPEGNANO FIN D'ORA

- ✓ a comunicare tempestivamente alla società Italia Lavoro S.p.A. ogni variazione rispetto a quanto sopra dichiarato;

DICHIARANO INOLTRE

- di conoscere che, in base a quanto stabilito nell'Avviso, Italia Lavoro S.p.A. dispone controlli a campione sulla regolarità e veridicità delle dichiarazioni e della documentazione prodotta;
- di essere informati, ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che tutti i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, ____/____/____
luogo data

**Timbro dell'Impresa e
Firma del Legale Rappresentante**

*Firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 38 del D.P.R.
n.445/2000 e successive modificazioni.*

**Timbro dell'Istituzione Formativa e
Firma del Legale Rappresentante**

*Firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 38 del D.P.R.
n.445/2000 e successive modificazioni.*

ALLEGATO - P

Italia Lavoro S.p.A.

Programma FIXO S&U - DOTTORI DI
RICERCA

via Guidubaldo del Monte, 60
00197 Roma

Oggetto: *“Programma FIXO S&U - DOTTORI DI RICERCA - avviso pubblico a sportello rivolto alle imprese per la richiesta di contributi finalizzati all’inserimento occupazionale di Dottori di Ricerca” – CUP I52F11000070001.*

PROGETTO DI RICERCA

TITOLO

1. ANAGRAFICA SOGGETTI COINVOLTI

A. DATI AZIENDA
Ragione sociale _____
Sede Legale Comune _____ Prov. _____ Stato _____
Via _____ N. _____ Cap _____
P. IVA e/o C.F. _____
Telefono _____ Fax _____ Email _____
Sito internet _____
Attività svolta _____ Codice ATECO 2007 _____
N. dipendenti al 31/12/2013 (ULA) _____ di cui Apprendisti _____
Unità locale presso la quale è inserito il lavoratore
Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Via _____	N. _____	Cap _____
Telefono _____	Fax _____	Email _____
 Legale Rappresentante		
Cognome e nome _____		
Domiciliato per la carica in <i>comune</i> _____ <i>prov.</i> _____ <i>stato</i> _____		
<i>via</i> _____ <i>n.</i> _____ <i>cap</i> _____		
Telefono _____	Fax _____	Email _____
 Responsabile Attività del Progetto di Ricerca		
Cognome e Nome _____		
Domiciliato per la carica in <i>comune</i> _____ <i>prov.</i> _____ <i>stato</i> _____		
<i>via</i> _____ <i>n.</i> _____ <i>cap</i> _____		
Telefono _____	Fax _____	Email _____

B. DATI ISTITUZIONE FORMATIVA
Denominazione _____ Sede Comune _____ Prov. _____ Stato _____ Via _____ N. _____ Cap _____ P. IVA e/o C.F. _____ Telefono _____ Fax _____ Email _____ Sito internet _____ Legale Rappresentante Cognome e nome _____ Domiciliato per l'attività in <i>comune</i> _____ <i>prov.</i> _____ <i>stato</i> _____ <i>via</i> _____ <i>n.</i> _____ <i>cap</i> _____ Telefono _____ Fax _____ Email _____ Unità Organizzativa presso la quale si svolge il Progetto di Ricerca (se diversa da quella principale) Denominazione _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____ Via _____ N. _____ Cap _____ Telefono _____ Fax _____ Email _____ Responsabile Attività del Progetto di Ricerca (se diverso dal Legale Rappresentante) Cognome e Nome _____

Domiciliato per l'attività in *comune* _____ *prov.* _____ *stato* _____
via _____ *n.* _____ *cap* _____
Telefono _____ Fax _____ Email _____

C. DATI LAVORATORE (*DOTTORE DI RICERCA*)

Cognome _____ Nome _____
Data di Nascita _____ Comune _____ Prov. _____
Stato _____ Cittadinanza _____
C. F. _____
Residente in *comune* _____ *prov.* _____ *stato* _____
via _____ *n.* _____ *cap* _____
Titolo di Studio _____
Conseguito presso _____ data _____
Dottorato di Ricerca in _____
Conseguito presso _____ data _____

D. DATI ASSISTENTE DIDATTICO INDIVIDUALE (*eventuale*)

Cognome e Nome _____
Data di Nascita _____ Comune _____ Prov. _____
Stato _____ Cittadinanza _____
C. F. _____
Titolo di Studio _____
Conseguito presso _____ data _____
Qualifica _____
Anni di esperienza nella qualifica _____
Professione _____
Competenze possedute _____
Rapporto intercorrente con l'Istituzione Formativa _____
Ha già esperienza in materia di Assistenza Didattica e Tutoraggio _____
Anni di esperienza nell'attività di Assistenza e Tutoraggio _____

2. ELEMENTI SIGNIFICATIVI DEL PROGETTO DI RICERCA

A. BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO

--

B. TEMI SVILUPPATI E RELATIVO QUADRO CONOSCITIVO

--

C. FATTIBILITA' E OBIETTIVI DI PROGETTO

--

D. METODI DI RICERCA

--

E. ELEMENTI DELLA CONDIVISIONE DI INTERESSE TRA IMPRESA E ISTITUZIONE FORMATIVA NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

--

F. RISULTATI ATTESI PER IMPRESA E ISTITUZIONE FORMATIVA

--

G. MOTIVAZIONI DELLA NECESSITA' DELL'ASSISTENZA DIDATTICA INDIVIDUALE AL LAVORATORE (*eventuale*)

--

3. DETTAGLIO DEL PROGETTO DI RICERCA

Elementi della Ricerca

AREA DI RICERCA		OBIETTIVI	CONTENUTI DELLA RICERCA	COMPETENZE NECESSARIE	RISORSE NECESSARIE	TEMPI
N.	Definizione					
1						
2						
3						
4						

Metodi e Risultati della Ricerca

AREA	METODI di RICERCA E MODALITA' OPERATIVE	ATTIVITA'	OUTPUT ATTESI	MODALITA' DI VERIFICA E VALUTAZIONE ATTIVITA' E OUTPUT
N.				
1				
2				
3				
4				

ALLEGATO - Q

**DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA,
SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(comune) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(comune) (prov.) (indirizzo)

in qualità di (*barrare una delle seguenti voci*):

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore speciale

☐ Liquidatore

☐ Curatore fallimentare

☐ Altro (specificare) _____

di _____

(inserire denominazione impresa)

Con sede legale in _____ (_____) in Via _____ n. _____
(comune) (prov.) (indirizzo)

tel. _____ e-mail _____
(indicata all'atto di iscrizione al sistema)

p.iva _____ codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R.445 del 28/12/2000

D I C H I A R A

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

☐ dell'atto/documento _____
conservato/rilasciato dalla amministrazione pubblica _____
è conforme all'originale;

☐ del titolo di studio/servizio _____
rilasciato da _____
a nome di _____
è conforme all'originale;

☐ dei sottoelencati documenti:

sono conformi all'originale.

.....

(luogo e data)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.