



Luogo di emissione	Numero:	Pag.  <b>1</b>
Ancona	Data:	

**DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA  
P.F. SERVIZI PER L'IMPIEGO E MERCATO DEL LAVORO  
N. 193/SIM DEL 07/11/2012**

**Oggetto: Avviso pubblico per la concessione di contributi pari a € 652.000,00 mediante utilizzo del fondo regionale per l'occupazione dei disabili, relativi agli interventi di cui all'art. 26 della L.R. n. 2 del 25 gennaio 2005.**

**IL DIRIGENTE DELLA  
P.F. SERVIZI PER L'IMPIEGO E MERCATO DEL LAVORO**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio riportato in calce al presente decreto, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di emanare il presente decreto;

VISTA l'attestazione della copertura finanziaria di cui all'articolo 48 della legge regionale 11 dicembre 2001, n.31;

VISTA la Legge Regionale n. 29 del 28/12/2011 di approvazione del bilancio di previsione 2012;

VISTA la D.G.R. n. 1746 del 22/12/2011 di approvazione del POA per l'anno 2012;

VISTE le D.G.R. n.384 e n.385 del 26/03/2012 di reiscrizione nel bilancio 2012 di economie aventi specifica destinazione;

VISTO l'articolo 16 Bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n.20;

**- D E C R E T A -**

1. Di approvare l'*Avviso Pubblico* di cui all'Allegato "A" per la "Concessione di contributi da destinare al finanziamento dei programmi di sostegno per l'inserimento lavorativo dei disabili mediante utilizzo del fondo regionale per l'occupazione dei disabili- €. 652.000,00", comprensivo degli allegati A.1-A.2-A.3-A.4-A.5-A.6-A.7-A.8-A.9-A.10-A.11-A.12-A.13-A.14-A.15, parti integranti e sostanziali del presente atto;
2. Di demandare alla Commissione Paritetica per il collocamento dei disabili istituita presso la Regione Marche, ai sensi dell'art. 27 della Legge Regionale 2/05 e nominata con D.P.G.R. n. 170 del 06/06/2006, la valutazione tecnico - finanziaria dei progetti che perverranno secondo i criteri già indicati negli allegati 1 e 2 della D.G.R. n.985 del 03/07/2012 e riportati nell'Avviso pubblico, parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. Di stabilire che il Dirigente P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive della Regione Marche, provvederà con successivi atti, all'esclusione delle domande di contributo pervenute e non ammissibili ai sensi del presente Avviso pubblico, all'approvazione delle graduatorie e all'erogazione del finanziamento a favore dei Soggetti beneficiari e agli altri atti conseguenti all'attuazione degli interventi;



Luogo di emissione	Numero:	Pag. <b>2</b>
Ancona	Data:	

4. Di dare atto che, il Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro, così come previsto dal punto 3) del deliberato della D.G.R. n.985 del 03/07/2012 provvederà ad un'eventuale redistribuzione di somme residue non utilizzate in uno o più interventi, comunque ricompresi tra quelli indicati nell'allegato 1) della medesima D.G.R.;
5. La copertura finanziaria della spesa derivante dal presente atto pari a €. 652.000,00 è garantita dalla disponibilità esistente sul capitolo di spesa 32007101 del bilancio regionale 2012 (Codice Siope 10603/0000) correlato al capitolo di entrata 30102001;
6. Di dare evidenza pubblica al presente Avviso pubblico, completo dei suoi allegati, attraverso la pubblicazione sul BUR della Regione Marche e sul sito del Servizio Lavoro della Regione Marche <http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it>.

Il Dirigente Responsabile P.F.  
Servizi per l'Impiego e Mercato del Lavoro  
(Dott. Fabio Montanini)

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**A) NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006 relativo all'applicazione degli art. 87 e 88 del Trattato agli aiuti di importanza minore "De minimis";
- D.M. 25/98, n.142 - "Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all'articolo 18 della L. 24 giugno 1997, n.196, sui tirocini formativi e di orientamento";
- Legge 196/97 "Norme in materia di promozione dell'occupazione";
- Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili";
- L.R. 25/05, n. 2 "Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro";
- D.G.R. n. 985 del 03/07/2012 "Individuazione delle somme da destinare agli interventi di cui all'art. 26 della L.R. 25 gennaio 2005, n. 2 ed indicazione dei criteri e delle modalità operative per la concessione dei relativi contributi per complessivi €.652.000,00, attraverso l'utilizzo del fondo regionale per l'occupazione dei disabili.

**B) MOTIVAZIONE**

La Regione Marche, da diversi anni attua una politica attiva del lavoro che, tra gli obiettivi primari ha l'aumento dell'occupazione attraverso attività finalizzata, sia a promuovere l'incontro tra domanda e offerta, sia a favorire l'inserimento lavorativo delle persone disabili. La L.R. 25 gennaio 2005, n. 2 "Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro", in particolare con l'art. 26 che disciplina il fondo regionale per l'occupazione dei disabili, intende perseguire le finalità sopra riportate anche attraverso la concessione di contributi elencati nel comma due dello stesso articolo, mediante l'utilizzo del medesimo fondo.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>3</b>
	Data:	

La Giunta Regionale con deliberazione n. 985 del 03/07/2012 ha provveduto all'individuazione delle somme da destinare agli interventi previsti dal citato art. 26 L.R. 2/05 per complessivi €. 652.000,00 e con medesimo atto ha approvato i criteri, le modalità operative e le procedure per la valutazione tecnico - finanziaria dei progetti d'inserimento lavorativo e dei relativi servizi per la concessione dei contributi mediante utilizzo del fondo regionale per l'occupazione dei disabili.

Gli interventi indicati nel presente Avviso pubblico, parte integrante del presente atto, consistono in incentivi all'assunzione di soggetti disabili, sia alle piccole e medie imprese private che alle cooperative sociali di tipo "b" iscritte albo regionale delle cooperative sociali. Tra gli aiuti previsti, l'utilizzo del tirocinio formativo appare uno strumento valido per facilitare l'inserimento lavorativo dei soggetti "diversamente abili".

Per garantire il raccordo tra aziende/cooperative e i beneficiari degli interventi è fondamentale avvalersi della collaborazione dei C.I.O.F. (Centri per l'impiego, l'orientamento e la formazione) che fungeranno da enti promotori delle iniziative stesse e, attraverso la stipulazione di convenzioni di tirocinio con i soggetti ospitanti i disabili, garantiranno la correttezza e trasparenza delle procedure. Un'attenzione particolare si vuole rivolgere ai soggetti più deboli, con difficoltà d'inserimento lavorativo come i soggetti con handicap intellettuale/psichico. Pertanto per dare attuazione a quanto previsto dalla citata deliberazione n. 985 del 03/07/2012 e ai commi 2 - 3 - 4 - 5 dell'art. 26 della legge regionale n. 02 del 25 gennaio 2005, è necessario procedere all'emanazione del relativo Avviso pubblico, parte integrante e sostanziale del presente atto che disciplina nel dettaglio unitamente gli allegati A.1- A.2-A.3-A.4-A.5- A.6-A.7-A.8-A.9-A.10-A.11-A.12-A.13-A.14-A.15, le modalità di presentazione dei progetti per la richiesta dei contributi.

La copertura di €.652.000,00 di cui al presente atto è garantita dalla disponibilità esistente sul capitolo di spesa 32007101 del bilancio regionale 2012 (Codice Siope 10603/0000) correlato al capitolo di entrata 30102001;

Per le motivazioni sopra esposte, si propone l'adozione di un atto che approvi l'allegato "A": "Avviso pubblico per la concessione di €. 652.000,00, mediante utilizzo del fondo regionale per l'occupazione dei disabili, a favore degli interventi di cui all'art. 26 della L.R. 25 gennaio 2005", comprensivo degli allegati A.1-A.2-A.3-A.4-A.5-A.6-A.7-A.8-A.9-A.10-A.11-A.12-A.13-A.14-A.15, parti integranti e sostanziali del presente atto.

Il responsabile del procedimento  
(Dott. Riccardo Ferrati)

### **ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA**

Si attesta la copertura finanziaria del presente decreto, per la somma di €. 652.000,00 intesa come disponibilità a carico del Bilancio regionale 2012 U.P.B. 3.20.07, capitolo di spesa 32007101, correlato al capitolo di entrata 30102001.

Il Responsabile della P.O. di Spesa  
(Dr.ssa Stefania Denaro)



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>4</b>
	Data:	

**- ALLEGATI -**

**ALLEGATO A**

**“AVVISO PUBBLICO: “Concessione di contributi pari ad € 652.000,00 mediante utilizzo del fondo regionale per l’occupazione dei disabili, per gli interventi di cui di cui all’art. 26 della L.R. 25 gennaio 2005” (Scadenza 90 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regione Marche)**

**Indice:** (il numero delle pagine corrisponde a quelle indicate nel DDPF n.....del .....

<b>Art. 1</b>	Finalità degli interventi	Pag.5
<b>Art. 2</b>	Tipologia degli interventi e risorse complessive	Pag.5
<b>Art. 3</b>	Contributi previsti e beneficiari degli interventi	Pag.6-7
<b>Art. 4</b>	Divieto di doppio finanziamento e normativa Aiuti di Stato	Pag.7
<b>Art. 5</b>	Soggetti legittimati a presentare domanda ammissione a finanziamento contributo	Pag.8-9
<b>Art. 6</b>	Destinatari finali degli interventi	Pag.10
<b>Art. 7</b>	Progetto di tirocinio formativo finalizzato all’assunzione	Da pag.10 a 13
<b>Art. 8</b>	Progetto rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l’inserimento dei disabili nelle unità lavorative	Pag.13-14
<b>Art. 9</b>	Termine e modalità presentazione domanda ammissione a finanziamento contributo	Pag.15
<b>Art. 10</b>	Documentazione da allegare alla domanda ammissione a finanziamento contributo	Pag.16
<b>Art. 11</b>	Responsabile e tempi del procedimento	Pag.16-17
<b>Art. 12</b>	Motivi d’inammissibilità domande alla fase di valutazione tecnico-finanziaria	Pag.17-18
<b>Art. 13</b>	Criteri di valutazione dei progetti	Pag.18-19
<b>Art. 14</b>	Predisposizione delle graduatorie e ammissione a contributo	Pag.20
<b>Art. 15</b>	Rinunce contributi e restituzione somme incassate	Pag.20
<b>Art. 16</b>	Modalità di erogazione dei contributi e rispettiva certificazione	Pag.21-22-23
<b>Art. 17</b>	Revoca del contributo e restituzione somme incassate	Pag.23-24
<b>Art. 18</b>	Monitoraggio e controllo	Pag.25
<b>Art. 19</b>	Clausola di salvaguardia	Pag.25
<b>Art. 20</b>	Tutela della privacy	Pag.25
<b>Art. 21</b>	Informazioni	Pag.25-26
<b>Art. 22</b>	<b>Allegati/schemi dell’Avviso Pubblico:</b>	
	<b>A.1</b> “Schema domanda ammissione a finanziamento contributo”	Da pag.27 a 32
	<b>A.2</b> “Schema progetto inerente all’intervento/i da realizzare”	Da pag.33 a 38
	<b>A.3</b> “Schema convenzione di tirocinio formativo finalizzato all’assunzione del disabile”	Da pag.39 a 42
	<b>A.4</b> “Schema dichiarazione sul rispetto degli aiuti di stato in regime di de minimis”	Pag.43-44
	<b>A.5</b> “Schema registro presenze tirocinio formativo finalizzato all’assunzione del disabile”	Pag.45
	<b>A.6</b> “Schema dichiarazione di avvenuto tirocinio della persona disabile”	Pag.46
	<b>A.7</b> “Schema dichiarazione del richiedente contributo sulla prestazione del tutor interno all’impresa/cooperativa”	Pag.47
	<b>A.8</b> “Schema relazione finale tirocinio formativo finalizzato all’assunzione del disabile”	Pag.48
	<b>A.9</b> “Schema dichiarazione avvenuta assunzione della persona disabile”	Pag.49
	<b>A.10</b> “Schema di polizza fideiussoria a garanzia dei contributi a.4 e c.4”	Da pag.50 a 52
	<b>A.11</b> “Schema dichiarazione tracciabilità dei flussi finanziari”	Pag.53
	<b>A.12</b> “Schema dichiarazione A.S.L. attestante le condizioni di salute psico-fisica che rendono necessaria l’assunzione a tempo parziale della persona disabile”	Pag.54
	<b>A.13</b> “Schema Modello dichiarazione delle competenze”	Da pag.55 a 57
	<b>A.14</b> “Schema Modello monitoraggio assunzione persona disabile”	Pag.58-59
	<b>A.15</b> “Schema dichiarazione del responsabile C.I.O.F. inerente ai dati sensibili delle persone disabili destinatarie degli interventi”	Pag.60



Luogo di emissione	Numero:	Pag. <b>5</b>
Ancona	Data:	

## **Articolo 1** **Finalità degli interventi**

La Regione Marche con D.G.R. n.985 del 03/07/2012 ha destinato la somma complessiva di €.652.000,00 (seicentocinquantaduemila) per gli interventi e gli importi indicati all'allegato 1 del medesimo atto e che vengono riportati al successivo articolo 2. Detti interventi, attraverso la realizzazione di progetti presentati e attuati dai soggetti richiamati all'art. 5 del presente Avviso perseguono l'obiettivo di:

- Favorire l'assunzione a tempo indeterminato di persone disabili iscritte nelle liste provinciali della Regione Marche di cui all'art. 8 della Legge 12 marzo 1999 n. 68 e s.m.i. che effettueranno un periodo di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione (Interventi a) e c);
- Favorire la rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative (Intervento b).

## **Articolo 2** **Tipologia interventi e risorse complessive**

### **1. Gli interventi finanziabili messi a bando sono i seguenti:**

- 1.1 Intervento a):** Azioni positive di sostegno per l'assunzione di soggetti disabili iscritti nelle liste provinciali di cui all'art. 8 della Legge 12 marzo 1999 n. 68 e successive modificazioni.
- 1.2 Intervento b):** Interventi di rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative.
- 1.3 Intervento c):** Sostegno di percorsi di formazione e lavoro riservati alle cooperative sociali d'inserimento lavorativo di tipo "b" di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali" e alla L.R. 18 dicembre 2001, n. 34 "Promozione e sviluppo della cooperazione sociale" ed iscritte all'albo regionale delle cooperative sociali, mediante l'affiancamento di tutor appositamente formati.

Gli interventi a) e c) concernono progetti di tirocinio formativo finalizzati all'assunzione da realizzare nei tempi e con le modalità indicate all'art.7 del presente Avviso.

Gli interventi b) concernono progetti da realizzare secondo le modalità indicate all'art.8 del presente Avviso.

### **2. Le risorse complessive per ogni intervento**

Le risorse del Fondo Regionale per l'Occupazione dei Disabili a disposizione del presente Bando, pari ad €. 652.000,00= sono state sono assegnate a ciascuna delle tipologie d'intervento di cui al precedente punto 1 nel modo seguente:

-Intervento a): €.400.000,00 (quattrocentomila/00); -Intervento b): €50.000,00 (cinquantamila/00);

-Intervento c): €. 202.000,00 (duecentoduemila/00.)



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>6</b>
	Data:	

### **Articolo 3** **Contributi previsti e beneficiari degli interventi**

1. **Per l'intervento a) e per l'intervento c)**, indicati ai punti 1.1 e 1.3 del precedente art.2; ovvero per la realizzazione di ogni progetto di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione di disabili, **i contributi messi a bando e i relativi beneficiari sono i seguenti:**

**1.1 Contributi a.1 e contributi c.1: €.300,00** (trecento/00) per ogni mese di tirocinio effettivamente svolto, quale quota forfettaria a copertura delle spese di vitto, alloggio e trasporti sostenute dal tirocinante, previa equivalenza o superamento della soglia del 75% delle presenze complessivamente stabilite dal progetto tirocinio formativo finalizzato all'assunzione.

**Beneficiari:**

Indipendentemente dall'avvenuta o mancata assunzione del disabile che ha portato a termine il tirocinio, la Regione Marche, secondo le modalità e i tempi di cui all'art. 16 punto 16.1 del presente Avviso liquida le somme dovute per i contributi *a.1* e *c.1* alle imprese/cooperative richiedenti. Queste ultime, fatto salvo il caso di pagamento anticipato, (previsto nella domanda di contributo), liquideranno, entro dieci giorni dalla valuta d'incasso, le somme rimosse ai beneficiari finali dei contributi, ovvero alle persone disabili che hanno ultimato il tirocinio formativo finalizzato all'assunzione secondo le modalità indicate all'art.7 del presente Avviso.

**1.2 Contributi a.2 e contributi c.2: €.1.500,00** (millecinquecento/00) per compensare la mancata produttività del tutor aziendale/di cooperativa, relativamente alle ore rientranti nel normale orario di lavoro effettivamente dedicate all'attività di tutoraggio nei confronti del lavoratore/trice disabile che effettuerà il tirocinio.

**Beneficiari:**

I soggetti indicati all'art.5 punti 1.1 e 1.4 del presente Avviso che saranno ammessi a finanziamento.

**1.3 Contributi a.3 e contributi c.3:**

*Quali compensi a tutor didattico organizzativi, incaricati dall'Amministrazione provinciale di competenza (la competenza è stabilita dalla sede territoriale del C.I.O.F. che ha firmato la relativa convenzione di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione), che NON sono dipendenti di pubblica amministrazione, per gli importi di seguito indicati:*

- **€. 700,00** (settecento/00) per ogni tirocinio con durata fino a sei mesi;
- **€.1.000,00** (mille/00) per ogni tirocinio con durata superiore a sei mesi.

**Beneficiari:**

Le somme impegnate dalla Regione Marche per i contributi (*a.3* e *c.3*), saranno anticipate alle Amministrazioni Provinciali che, dopo il relativo incasso, secondo i tempi e le modalità ritenute opportune dovranno provvedere a liquidare i tutor didattici organizzativi che non risultano dipendenti di P.A. (beneficiari finali).

**1.4 Contributi a.4 e contributi c.4:**

**Fino al limite massimo di € 8.400,00** (ottomilaquattrocento/00) per ogni persona disabile assunta a tempo indeterminato e pieno.

**Beneficiari:**

I soggetti indicati all'art.5 punti 1.1 e 1.4 del presente Avviso, ammessi a finanziamento *che assumeranno a tempo indeterminato (\*) entro 60 (sessanta) giorni dal termine del tirocinio* i disabili che hanno ultimato il relativo percorso di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione. Eventuale deroga ai sessanta giorni dovrà essere richiesta e debitamente motivata, a mezzo raccomandata A.R., alla Regione Marche - Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>7</b>
	Data:	

**(\*) Il contratto di apprendistato è considerato “assunzione a tempo determinato” e pertanto sono escluse dai contributi a.4 e contributi c.4 le imprese o cooperative che dopo il periodo di tirocinio assumono disabili con questa tipologia di contratto.**

1.4.1 *Nel caso di assunzione a tempo parziale*, sia tale ipotesi era stata prevista o no nel progetto approvato, il contributo a.4 oppure il contributo c.4 pari a €8.400,00 è proporzionalmente ridotto prendendo a base l'orario stabilito dal contratto collettivo nazionale di lavoro o, in sua assenza, dagli accordi locali tra le rappresentanze sindacali dei datori di lavoro e quelle dei lavoratori, *salvo i casi in cui il tempo parziale non sia da ricondursi alle condizioni di salute psico-fisica della persona assunta, certificate dal Servizio dell'Azienda U.S.L. competente (utilizzare lo schema A.12 allegato al presente Avviso) o da altro organismo autorizzato. Pertanto in tale ipotesi il contributo sarà pari a €8.400,00 ovvero uguale al tempo pieno.*

**2. Per l'intervento b)**, indicato al punto 1.2 dell'Art.2 del presente Avviso, ovvero per realizzazione di ogni progetto relativo alla “rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative”, **il contributo a fondo perduto è pari al 50% delle spese riconosciute ammissibili (iva esclusa) –indicate al successivo articolo -fino ad un massimo di € 5.000,00 (cinquemila).** - (L'IVA è considerata un costo non finanziabile, pertanto la percentuale di contributo sarà calcolata al netto dell'IVA).

**Beneficiari:**

I soggetti indicati all'art.5 punti 1.2 e 1.3 del presente Avviso, che saranno ammessi a finanziamento.

#### **Articolo 4**

#### **Divieto di doppio finanziamento e normativa Aiuti di Stato**

##### **4.1 Divieto di doppio finanziamento**

- I contributi pubblici concessi ai sensi del presente Avviso pubblico non sono cumulabili con alcun'altra agevolazione contributiva o finanziaria pubblica prevista da norme regionali, statali, comunitarie o altre forme d'incentivazione in genere, per i medesimi costi ammissibili (art. 54, del Regolamento CE n. 1083/06 e art. 13 del Reg. CE n. 1828/2006).
- Le imprese/cooperative che avessero presentato domanda di agevolazione per gli stessi costi ammissibili a valere su altra normativa, per la quale non sono ancora noti gli esiti dell'istruttoria, s'impegnano a fornire, dopo la ricezione della comunicazione di ammissione ai benefici, comunicazione di rinuncia al/i contributo/i cui intendono rinunciare.

##### **4.2 Normativa Aiuti di Stato**

- Ai contributi a.2; a.4; c.2; c.4 e b) del presente Avviso, si applica il Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15/12/2006 relativo agli aiuti di importanza minore “De minimis”.
- Per il “De minimis” si rimanda alle relative note esplicative riportate in calce all'Allegato A.4 del presente Avviso. Pertanto i contributi di cui agli interventi a.2; a.4; c.2; c.4 e b) potranno essere concessi solo a condizione che dalla dichiarazione del richiamato all'allegato A.4 emerga il rispetto delle condizioni di cui al citato Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15/12/2006.



Luogo di emissione	Numero:	Pag. <b>8</b>
Ancona	Data:	

## **Articolo 5**

### **Soggetti legittimati a presentare domanda ammissione a finanziamento contribuito**

1. **Rispetto alla tipologia d'intervento, i soggetti legittimati a presentare domanda di contributo a valere sul Fondo Regionale per l'Occupazione dei Disabili, sono i seguenti e devono possedere i presenti requisiti:**

#### **1.1 Interventi a):**

Le piccole e medie imprese (\*) private, fatte escluse quelle indicate al punto 2 del presente articolo, con sede operativa ubicata nella Regione Marche, in regime di ottemperanza a quanto previsto dalla legge 68/99;

#### **Interventi b):**

1.2 Le piccole e medie imprese (\*) private, fatte escluse quelle indicate al punto 2 del presente articolo, con sede operativa ubicata nella Regione Marche, in regime di ottemperanza a quanto previsto dalla legge 68/99;

1.3 Le cooperative sociali d'inserimento lavorativo di tipo "b", di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali) e alla L.R. 18 dicembre 2001, n. 34 (Promozione e sviluppo della cooperazione sociale), iscritte all'albo regionale delle cooperative sociali, fatte escluse quelle indicate al punto 2 del presente articolo, con sede operativa nella Regione Marche, in regime di ottemperanza a quanto previsto dalla legge 68/99.

*I soggetti indicati ai punti 1.2 e 1.3 del presente articolo, oltre ai requisiti ivi indicati, devono al momento della pubblicazione sul BURM del presente Avviso avere in forza con contratto a tempo indeterminato una o più persone disabili individuate all'art.1 della legge 68/99 che saranno destinatarie dell'intervento "b" perché già assunte a tempo indeterminato negli ultimi trentasei mesi antecedenti la pubblicazione del medesimo Avviso. Detto requisito (assunzione a tempo indeterminato) e il mantenimento del medesimo stato occupazionale, sarà controllato dall'Amministrazione Regionale e/o dagli Uffici competenti attraverso la verifica dell'UNILAV nei seguenti periodi:*

- *durante la fase istruttoria volta a:*

- stabilire l'ammissione o l'esclusione della domanda alla fase di valutazione tecnico finanziaria;
- determinare quali sono le imprese o cooperative sociali di tipo "b" ammesse a finanziamento contribuito.

- *al momento della materiale erogazione dei contributi.*

#### **1.4 Interventi c):**

Le cooperative sociali d'inserimento lavorativo di tipo "b", di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali) e alla L.R. 18 dicembre 2001, n. 34 (Promozione e sviluppo della cooperazione sociale), iscritte all'albo regionale delle cooperative sociali, fatte escluse quelle indicate al punto 2 del presente articolo, aventi sede operativa nella Regione Marche, in regime di ottemperanza a quanto previsto dalla legge 68/99.

Tutti i soggetti legittimati a presentare domanda di contributo, oltre ai requisiti indicati ai punti 1.1-1.2-1.3-1.4 del presente articolo devono avere il requisito della regolarità contributiva. In merito L'Amministrazione regionale provvederà alla verifica di detta regolarità richiedendo il DURC (Documento Unico di Regolarità Contributiva di cui al Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 24/10/2007) in corso di validità agli Uffici competenti sia al momento della concessione dei contributi che al momento della loro materiale erogazione.





Luogo di emissione	Numero:	Pag. <b>9</b>
Ancona	Data:	

Tutti i soggetti indicati ai punti 1. 1 e 1.4 del presente articolo, oltre a possedere i requisiti ivi indicati, dovranno dichiarare nella domanda di ammissione contributo (allegato A. 1):

- Che NON hanno in corso e/o NON hanno fatto, nei sei mesi antecedenti alla data di presentazione della domanda di contributo, licenziamenti di lavoratori con contratto a tempo indeterminato, per ragioni diverse dalla giusta causa, nei reparti produttivi o per la stessa qualifica professionale prevista nel progetto di tirocinio finalizzato all'assunzione delle persone disabili;
- Che s'impegnano per diciotto mesi a:
  - Mantenere l'occupazione del/i disabile/i assunto/i a tempo indeterminato;
  - Mantenere, fatti salvi i casi di dimissioni volontarie, l'incremento occupazionale creato dall'assunzione del/i disabile/i assunto/i a tempo indeterminato.

(\*) Definizione delle Microimprese e delle Piccole e Medie Imprese (PMI), così come descritte nell'Allegato I del Reg. CE n. 800/2008:

- alla categoria delle microimprese, delle piccole imprese e medie imprese (PMI) appartengono le imprese che occupano meno di 250 persone, il cui fatturato annuo non supera i 50 milioni di euro e/o il cui totale di bilancio annuo non supera i 43 milioni di euro;
- all'interno della categoria delle PMI, si definisce piccola impresa, un'impresa che occupa meno di 50 persone e realizza un fatturato annuo e/o un totale di bilancio annuo non superiore a 10 milioni di euro;
- all'interno della categoria delle PMI, si definisce microimpresa, un'impresa che occupa meno di 10 persone e realizza un fatturato annuo e/o un totale di bilancio annuo non superiore a 2 milioni di euro.

2. NON possono presentare domanda di contributo i soggetti attivi nei settori esclusi dall'Art. 1 del Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006- "relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis".

3. Ciascun soggetto, indicato ai precedenti punti 1.1-1.2-1.3-1.4 del presente articolo, deve trasmettere, entro i termini e con le modalità riportate all'art.9 del presente Avviso una sola domanda di contributo, sia nel caso che:

- il progetto riguardi solo una tipologia d'intervento tra quelle indicate all'articolo 2 del presente Avviso, ovvero: solo l'intervento a) - solo l'intervento b) - solo l'intervento c);
- il progetto riguardi due tipologie d'intervento che devono essere realizzate dallo stesso soggetto proponente, ovvero: intervento a) più intervento b); - intervento c) più intervento b)-

#### 4. VARIAZIONI INTERVENUTE NEL SOGGETTO RICHIEDENTE

*In caso di trasformazione della società, di fusione, di conferimento d'azienda e di trasferimento d'azienda, i contributi sono concessi o erogati al soggetto subentrante, su apposita domanda di subentro, a condizione che lo stesso sia in possesso dei requisiti che danno titolo ad ottenere il contributo. La domanda di subentro deve essere inviata alla Regione Marche - P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive Via Tiziano, 44 - 60125 ANCONA - e.p.c. al C.I.O.F. territoriale di competenza, corredandola di tutta la documentazione attestante la variazione intervenuta ed attestante la prosecuzione dell'intervento per il quale era stato richiesto il contributo.*



Luogo di emissione	Numero:	Pag. <b>10</b>
Ancona	Data:	

## **Articolo 6** **Destinatari finali degli interventi**

**Rispetto alle diverse tipologie d'intervento i destinatari finali sono i seguenti:**

### **6.1 Per l'intervento a) e per l'intervento c):**

I soggetti che hanno i requisiti per fare il tirocinio formativo finalizzato all'assunzione, sono persone disabili iscritte negli elenchi provinciali della Regione Marche di cui all'art. 8 della Legge 12 marzo 1999 n. 68 e successive modificazioni che risultano disoccupate *alla data di scadenza del presente Avviso* ed aspirano ad un'occupazione conforme alle proprie capacità lavorative.

*I nominativi di detti lavoratori devono essere scritti negli appositi allegati del presente Avviso di seguito elencati: nell'All. A.1 " domanda ammissione a finanziamento contribuito"(punto 7 della dichiarazione); nell'All. A.2 "Schema progetto inerente all'intervento/i da realizzare" (Sezione 2); nell'All. A.3 "Convenzione di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione del disabile" (punto 2 della premessa).*

*Non possono essere avviate a tirocinio le persone disabili che* nell'ultimo rapporto di lavoro precedente lo stato di disoccupazione, siano state dipendenti a tempo indeterminato d'impresе dello stesso settore di attività che presentino assetti proprietari sostanzialmente coincidenti con le imprese medesime ovvero risultino, con queste ultime, in rapporto di collegamento o controllo, ai sensi dell'art. 2359 del codice civile.

### **6.2 Per l'intervento b)**

I soggetti destinatari delle iniziative per l'abbattimento delle barriere architettoniche finalizzate al mantenimento in forza del/i lavoratore/i disabile/i sono le persone individuate all'art. 1 della legge 68/99 assunte a tempo indeterminato negli ultimi trentasei mesi antecedenti la data di pubblicazione sul BURM del presente Avviso dalla P.M.I. privata o dalla cooperativa sociale di tipo "b" iscritta all'albo regionale delle cooperative sociali. *I nominativi di detti lavoratori devono essere scritti sia nell'All. A.1 " domanda ammissione a finanziamento contribuito"(punto 7 della dichiarazione) che nella Sez. 5 punto 3 dell'All. A.2 del presente Avviso "Schema progetto inerente all'intervento/i da realizzare".*

## **Articolo 7** **Progetto di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione**

*Ogni progetto di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione relativo all'intervento a) e all'intervento c), deve essere:*

- *Concordato con il C.I.O.F. (Centro per l'impiego, l'orientamento e la formazione) che, come soggetto promotore dell'intervento, verifica la presenza della motivazione, della fattibilità e dell'effettiva rispondenza del tirocinio alle esigenze e attese della persona disabile e dell'impresa/cooperativa sociale di tipo "b";*
- *Redatto secondo l'allegato A.2 del presente Avviso e in particolare i relativi contenuti devono essere riportati nella Sezione 3 del medesimo Allegato;*
- *Realizzato nel rispetto della convenzione di cui all'allegato A.3 del presente Avviso e dei punti 1-2-3-4-5-6- di seguito indicati:*

### **1. Limiti al numero dei progetti da presentare, al numero dei tirocinanti e al numero di nomine del "tutor interno all'impresa/cooperativa e a quelle del tutor didattico – organizzativo"**

#### **1.1 Numero dei progetti e numero dei tirocinanti:**

Ogni impresa/cooperativa avente titolo ai sensi dell'art. 5 del presente Avviso, potrà presentare un unico progetto di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione di uno o più tirocinanti nel rispetto dei limiti di seguito indicati:

- Un tirocinante in imprese/cooperative con non più di cinque dipendenti a tempo indeterminato;



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>11</b>
	Data:	

- Due tirocinanti in imprese/cooperative con un numero di dipendenti a tempo indeterminato compreso tra sei e venti;
- Il 10% di tirocinanti (*fino a un massimo complessivo di cinque*) in imprese/cooperative con più di venti dipendenti a tempo indeterminato.

Dette percentuali sono da calcolarsi sul totale complessivo del numero dei dipendenti o soci lavoratori in forza a una singola impresa o cooperativa indipendentemente dalle sedi operative *alla data di scadenza del bando*.

### **1.2 Tutor interno d'impresa/cooperativa:**

- Ogni progetto di tirocinio rivolto a *persone con handicap solo fisico deve prevedere un unico tutor aziendale/di cooperativa*, indistintamente dal numero dei tirocinanti per cui si chiede il contributo.
- Diversamente, ai progetti di tirocinio rivolti a *persone con handicap intellettuale/psichico*, può essere assegnato un tutor a testa.

L'individuazione del tutor e l'assegnazione del relativo incarico sono fatte dal legale rappresentante dell'impresa/cooperativa sociale di tipo "b" tra i propri dipendenti/soci. Detto tutor deve espletare i compiti e le mansioni indicate all'art.5 della "convenzione di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione" (Allegato A.3 del presente Avviso pubblico).

**1.3 Tutor didattico – organizzativo:** Ogni progetto deve obbligatoriamente avere un solo tutor didattico/organizzativo. *Un singolo tutor didattico/organizzativo può essere nominato per più progetti ma fino a un massimo di cinque tirocinanti.* Detto tutor deve espletare i compiti e le mansioni indicate all'art.3 della "convenzione di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione" (Allegato A.3 del presente Avviso pubblico).

## **2. Individuazione dei tirocinanti**

L'individuazione dei nomi che faranno il tirocinio formativo finalizzato all'inserimento lavorativo è fatta in maniera autonoma dall'impresa (per l'intervento "a") o dalla cooperativa sociale di tipo "b" (per l'intervento "c") e avvalendosi dei servizi di preselezione per il collocamento mirato operanti nei C.I.O.F. territoriali di competenza. I soggetti individuati, destinatari dell'intervento, devono essere persone disabili iscritte nelle liste provinciali della Regione Marche di cui all'art.8 della Legge 12 marzo 1999 n. 68 e successive modificazioni che aspirano ad un'occupazione conforme alle proprie capacità lavorative.

## **3. Inizio del tirocinio**

Il tirocinio deve iniziare entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di concessione del contributo, salvo deroga motivata autorizzata dal Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro – P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive. Dell'avvio, entro sette giorni, il legale rappresentante dell'impresa/cooperativa ammessa a finanziamento, dovrà dare opportuna notifica formale all'Amministrazione regionale e al C.I.O.F. di competenza.

*Il mancato rispetto dei tempi sopra indicati per l'inizio del tirocinio comporta la pronuncia di decadenza dai relativi contributi.*

## **4. Ore giornaliere - Durata complessiva/Termine del tirocinio**

### **4.1 Ore giornaliere di tirocinio:**

Il numero minimo di ore giornaliere *NON può essere inferiore a tre* e il numero massimo NON può essere superiore a quello previsto dai relativi C.C.N.L..



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>12</b>
	Data:	

**4.2** *Il tirocinio dovrà avere durata complessiva compresa tra:*

- un minimo di tre e un massimo di sei mesi se rivolto a persone con Handicap solo fisico. Periodi superiori, devono essere autorizzati dal Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive, previa motivata richiesta;
- un minimo di tre ed un massimo di dodici mesi, se rivolto a persone con handicap intellettuale/psichico.

**4.3** Del termine, entro trenta giorni dalla conclusione, il legale rappresentante dell'impresa/cooperativa ne dà formale comunicazione (lettera A/R) alla Regione Marche -Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro – P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive, sottoscrivendo la propria volontà di assumere o non assumere il tirocinante. *L'eventuale mancata assunzione, deve essere debitamente motivata. Altresì il legale rappresentante, in caso di assunzione dovrà con la medesima dichiarazione, impegnarsi a garantire la continuità del rapporto di lavoro a tempo indeterminato per ulteriori diciotto mesi dalla data di assunzione.*

Per conoscenza, la medesima lettera trasmessa all'Amministrazione regionale, entro dieci giorni dal termine del tirocinio, deve essere inviata in originale al C.I.O.F. di competenza unitamente ai seguenti documenti:

- Copia registro presenze del tirocinio (debitamente compilato e sottoscritto come da schema Allegato A. 5 del presente Avviso);
- Originale dichiarazione del disabile di avvenuto tirocinio, (debitamente compilata e sottoscritta come da schema Allegato A.6 del presente Avviso);
- Originale dichiarazione del richiedente contributo sulla prestazione del tutor aziendale” (debitamente compilata e sottoscritta come da schema Allegato A.7 del presente Avviso).

**5. Relazioni sugli esiti del tirocinio**

Le impresa/cooperative ammesse a finanziamento sugli interventi *a*) e *c*) dovranno trasmettere (con formale nota e nei tempi indicati) al “Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive” della Regione Marche e per conoscenza al C.I.O.F. di competenza le seguenti relazioni originali:

**5.1** *Entro decimo giorno dalla data di effettuazione del 50% delle ore di tirocinio indicate in convenzione la “relazione intermedia” sullo stato di attuazione dello stesso che evidenzi, oltre la coerenza o le eventuali difformità con il percorso d'inserimento lavorativo previsto nel progetto che è stato presentato per la richiesta dei contributi, anche i punti di forza e/o le criticità dell'intervento, nonché le eventuali proposte di modifica per raggiungere con efficacia/efficienza gli obiettivi preposti. Detta relazione deve essere sottoscritta dal tutor aziendale o di cooperativa, dal tutor didattico organizzativo nominato dal C.I.O.F. e, per presa visione, dal legale rappresentante dell'impresa/cooperativa.*

**5.2** *Entro trenta giorni dalla conclusione del tirocinio (fa fede la data di conclusione comunicata) la relazione finale, da redigersi utilizzando l'apposito Allegato”A.8” – parte integrante e sostanziale del presente Avviso.*



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>13</b>
	Data:	

## **6. Tipologia e modalità delle assunzioni dei disabili**

**6.1** *In caso di assunzione, la stessa, di norma deve essere fatta dopo il termine del tirocinio formativo del disabile ma comunque NON oltre il sessantesimo giorno.*

Tuttavia, le imprese/cooperative beneficiarie dei contributi di cui al presente Avviso, possono, qualora se ne manifesti l'esigenza, *anticipare l'assunzione del disabile prima della conclusione del tirocinio, purché:*

- Il tirocinante abbia svolto almeno il 75% del monte ore complessivo di tirocinio previsto nella convenzione stipulata tra il soggetto promotore e il soggetto ospitante;
- Il tutor aziendale/di cooperativa e il tutor organizzativo attestino nella relazione finale di cui all'Allegato A.8 del presente Avviso che gli obiettivi del tirocinio sono stati raggiunti.

**6.2** *Il/la lavoratore/trice disabile iscritto/a nelle liste provinciali di cui all'art. 8 della Legge 12 marzo 1999 n. 68 e successive modificazioni destinatario/i dell'attività di tirocinio può essere assunto/a solo con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato dai datori di lavoro i cui progetti sono stati ammessi a finanziamento contributo e sono stati realizzati;*

**6.3** L'ammissione di nuovi soci lavoratori disabili nell'ambito di cooperative è assimilata, a parità di caratteristiche della prestazione lavorativa, all'assunzione di lavoratori subordinati;

**6.4** *Non sono considerate nuove assunzioni i rapporti di lavoro instaurati a seguito di trasferimento di azienda e di cessione di ramo di azienda.*

Le assunzioni di cui al precedente punto 6.2, sono comunicate, ai sensi delle normative vigenti dai datori di lavoro ai relativi Uffici competenti. Lo stato di occupazione "assunzione a tempo indeterminato" sarà verificato d'Ufficio (dall'Amministrazione regionale e/o dai C.I.O.F.) mediante consultazione nell'Archivio delle comunicazioni obbligatorie presenti sul sistema informativo regionale COMarche.

### **Articolo 8**

#### **Progetto rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative.**

*Ogni progetto previsto sull'intervento b) deve essere:*

- Concordato con il C.I.O.F. (Centro per l'impiego, l'orientamento e la formazione) che, come soggetto promotore dell'intervento, verifica la presenza della motivazione, della fattibilità e dell'effettiva rispondenza alle esigenze e attese dei destinatari dell'iniziativa e dell'impresa/cooperativa sociale di tipo "b";
- Redatto secondo l'allegato A.2 del presente Avviso e in particolare i relativi contenuti devono essere riportati nella Sezione 5 del medesimo Allegato;
- Realizzato nel rispetto dei punti 1-2-3-4 di seguito indicati:

#### **1. Spese ammesse a contributo**

Tra le spese effettivamente sostenute e documentate, a titolo esemplificativo s'intendono rimborsabili:

**1.1** l'installazione di: Rampe di accesso - Servo scala - Piattaforma o elevatore - ascensore - scivoli - dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici - meccanismi di apertura e chiusura porte.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>14</b>
	Data:	

**1.2** la ristrutturazione/ trasformazione/ adeguamento dei locali (servizi igienici, spogliatoi, mensa, ecc.) anche mediante l'applicazione di segnaletiche visive, tattili e acustiche – ampliamento porte d'ingresso.

*La pertinenza delle spese non rientranti tra quelle elencate ai precedenti punti 1.1 e 1.2 è stabilita a insindacabile giudizio dalla Regione Marche- Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta dei soggetti interessati. Detta richiesta deve essere scritta nella Sezione 5, punto 2 dell'All. A.2 "Progetto inerente all'intervento da realizzare";*

## **2. Spese NON ammissibili:**

- le spese che non sono pertinenti con l'attività oggetto del progetto, ovvero le spese che non sono riconducibili ad "interventi di rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative.
- le spese che non sono state effettivamente sostenute;
- le spese che non siano verificabili in base ad un metodo controllabile al momento della rendicontazione finale delle spese;
- le spese che non sono comprovate da fatture quietanzate o, ove ciò non sia possibile, da documenti contabili aventi forza probatoria equivalente;
- le spese che non sono sostenute da documentazione conforme alla normativa fiscale, contabile e civilistica vigente;
- le spese per le quali è venuto meno il principio della tracciabilità, ovvero spese per le quali i pagamenti non sono stati effettuati mediante bonifico bancario o assegno non trasferibile intestato al fornitore con evidenza dell'addebito sul c/c bancario; non sono pertanto ammessi pagamenti per contanti o compensazioni;
- le spese relative ad interessi passivi (art. 7 del Reg. CE n. 1080/06);
- le spese relative all'IVA.

## **3. Tempi di realizzazione:**

**3.1** *L'avvio degli interventi b) coincide con la data riportata nell'ordine di acquisto ovvero su altra documentazione attestante l'affidamento dell'incarico per la loro realizzazione e deve avvenire entro sessanta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di concessione del contributo. Dell'avvio, entro dieci giorni, dovrà essere data opportuna notifica formale all'Amministrazione regionale e al C.I.O.F. di competenza che aveva firmato per conoscenza il relativo progetto poi ammesso a contributo.*

**3.2** *Gli interventi avviati nei termini del precedente punto 3.1 devono essere ultimati entro dieci mesi dalla data di concessione del contributo, salvo eventuale richiesta di proroga (per un massimo di ulteriori due mesi), motivata ed eventualmente approvata dalla Regione Marche- Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive. Detta richiesta deve essere trasmessa con Racc. A/R all'Amministrazione Regionale e per conoscenza al C.I.O.F. di competenza almeno trenta giorni prima della scadenza di fine lavori prevista senza la proroga.*

## **4. Pronuncia di decadenza dai contributi**

*Il mancato rispetto dei tempi di realizzazione indicati al precedente punto 3, previsti per l'esecuzione degli interventi di rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative **compporta la pronuncia di decadenza dai relativi contributi.***



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>15</b>
	Data:	

## Articolo 9

### Termine e modalità presentazione domanda ammissione a finanziamento contribuito

La domanda di ammissione a finanziamento contribuito, corredata della documentazione elencata al successivo art. 10 del presente Avviso deve essere:

#### 1. Compilata in originale:

**1.1** Obbligatoriamente su supporto cartaceo, utilizzando lo schema allegato A.1 del presente Avviso, scaricabile e stampabile dal sito: <http://www.formazione lavoro.marche.it>. Detto allegato deve essere compilato in ogni sua parte (riportare le informazioni richieste al posto dei puntini... e barrare le caselle interessate).

**1.2** In bollo da € 14,62, fatti salvi i casi di esenzione previsti dalle norme vigenti che devono essere sempre indicati nella domanda (Es." bollo non dovuto ai sensi dell'art. 27 bis del D.P.R. 26/10/1972, n. 642, aggiunto dall'art. 17 del decreto legislativo 4/12/1997, n. 460, per quella prodotta da un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale").

#### 2. Sottoscritta:

secondo le modalità previste dall'art. 3, comma 11 della L. n. 127/97, sostituito dall'art. 2, comma 10, della L. n. 191/98 - sottoscrizione e presentazione congiunta della copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità - come recepito nel testo unico delle leggi sulla documentazione amministrativa (DPR n. 445/2000) **dal legale rappresentante dell'Impresa/cooperativa sociale di tipo "b"**.

#### 3. Spedita:

**3.1** Unitamente a tutta la documentazione indicata al successivo art.10, in una unica busta, a mezzo del servizio postale ed esclusivamente con Raccomandata A/R., entro il termine perentorio di 90 (novanta) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso pubblico sul B.U.R.M. alla Regione Marche Servizio Industria, Artigianato, Istruzione, Formazione - P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive - Via Tiziano, 44 - 60125 ANCONA - C.A. Dott. Riccardo Ferrati. Per la data d'invio delle domande e delle integrazioni e di ogni altra comunicazione fa fede il timbro apposto dall'ufficio postale di spedizione, ai sensi dell'art. 4 della LR n. 44/94. La Regione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'interessato oppure la mancata o tardiva comunicazione del cambiamento d'indirizzo indicato nella domanda. La Regione non assume inoltre responsabilità per ritardi conseguenti a eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o di forza maggiore.

**3.2** Indicando, all'esterno della busta contenente la domanda ammissione finanziamento contribuito (Allegato A.1) e la restante documentazione richiesta prevista dal successivo art.10, la seguente dicitura:"L.R. 2/05 - art. 26 Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili-Richiesta ammissione finanziamento contribuito annualità 2012 - Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n .....del...../.....2012.";

*Indipendentemente dalla tipologia d'intervento per cui si richiede il finanziamento, l'Amministrazione Regionale si riserva la facoltà di richiedere chiarimenti e/o integrazioni che dovessero rendersi necessari.*



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>16</b>
	Data:	

### **Articolo 10**

#### **Documentazione da allegare alla domanda ammissione a finanziamento contribuito**

La “domanda ammissione a finanziamento contribuito” deve essere corredata dalla seguente documentazione:

1. Dagli allegati A.2-A.3-A.4 (parti integranti del presente Avviso), di seguito specificati:

A.2 “Progetto inerente all’intervento/i da realizzare”

A.3 “*Convenzione di tirocinio formativo finalizzato all’assunzione*” stipulata con il C.I.O.F. territoriale di competenza quale soggetto promotore dell’intervento (da allegare solo se si presenta domanda per l’intervento a) oppure se si presenta domanda per l’intervento c);

A.4. “Dichiarazione sul rispetto degli aiuti di stato in regime di de minimis”

*Gli allegati A.2-A.3-A.4, (parti integranti del presente Avviso), scaricabili e stampabili dal sito: <http://www.formazioneilavoro.marche.it>. devono essere compilati in originale su supporto cartaceo in ogni parte (riportare le informazioni richieste al posto dei puntini... e barrare le caselle interessate) e sottoscritti secondo i modi e a cura dei soggetti indicati negli allegati stessi.*

2. “Numero(scrivere il numero delle foto allegate) ...foto dell’ambiente/i lavorativo/i scattate prima di fare gli interventi di rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l’inserimento dei disabili nelle unità lavorative”-**da allegare solo se si presenta domanda per l’intervento b.**

3. Copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante richiedente l’ammissione a finanziamento contribuito.

### **Articolo 11**

#### **Responsabile e tempi del procedimento**

Il Responsabile del procedimento relativo al presente Avviso pubblico è il Dott. Riccardo Ferrati - Tel. 071/8063841, e-mail: riccardo.ferrati@regione.marche.it

Il procedimento amministrativo inerente al presente Avviso pubblico è avviato il giorno successivo alla scadenza dei termini per la presentazione delle domande e prevede le seguenti fasi:

- *Istruttoria della struttura regionale P.F. Servizi per l’Impiego e Mercato del Lavoro per la definizione delle domande ammissibili o da escludere alla successiva fase di valutazione tecnico-finanziaria della Commissione paritetica per il collocamento dei disabili, da effettuarsi ai sensi del successivo art. 12 del presente Avviso.*

- Per tutte le domande ritenute ammissibili, l’Amministrazione regionale provvederà a richiedere ai responsabili del C.I.O.F. che hanno firmato i relativi progetti, la dichiarazione di cui all’Allegato A.15 del presente Avviso dichiarazione del responsabile C.I.O.F. inerente i dati sensibili delle persone disabili destinatarie degli interventi”che dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla relativa richiesta.

- *Valutazione tecnico-finanziaria della Commissione paritetica per il collocamento dei disabili delle domande e dei relativi progetti ritenuti ammissibili da farsi ai sensi dell’art. 13 del presente Avviso;*





Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>17</b>
	Data:	

- *Predisposizione delle graduatorie e ammissione a finanziamento contribuito da farsi ai sensi dell'art. 14 del presente Avviso.*

L'obbligo di comunicazione di avvio del procedimento a tutti i soggetti che hanno presentato richiesta di finanziamento, sancito dalla legge n. 241/1990 e s.m., è assolto di principio con la presente informativa. Il procedimento dovrà concludersi entro novanta giorni successivi dalla scadenza dei termini per la presentazione delle domande mediante un provvedimento espresso e motivato.

*Qualora l'Amministrazione regionale avesse la necessità di posticipare i tempi per l'emanazione del provvedimento finale di approvazione della graduatoria e ammissione a finanziamento per comprovate esigenze non imputabili alla propria responsabilità, ne dà comunicazione agli interessati.*

## **Articolo 12**

### **Motivi d'inammissibilità delle domande alla fase di valutazione tecnico-finanziaria**

*Il Dirigente della P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive, dopo apposita istruttoria, dispone con proprio decreto l'ammissibilità e l'eventuale esclusione delle domande di contributo e dei relativi progetti dall'esame di valutazione tecnico-finanziaria della Commissione paritetica per il collocamento dei disabili. Tale decreto sarà pubblicato sul sito del Servizio Lavoro della Regione Marche: [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it).*

La pubblicazione costituisce, a tutti gli effetti, formale comunicazione ai sensi della Legge n. 241/1990 e successive modificazioni.

**Sono escluse in quanto inammissibili le domande/progetti che ricadono in uno o più motivi di esclusione tra quelli di seguito indicati:**

#### **1. Le domande trasmesse:**

- 1.1 Da soggetti diversi da quelli indicati all'art. 5 del presente Avviso pubblico e NON in possesso dei requisiti ivi richiesti;
- 1.2 Da imprese/cooperative che hanno in corso oppure hanno attivato, nei dodici mesi antecedenti la data della dichiarazione di cui all'allegato A.1 del presente bando, procedure concorsuali;
- 1.3 Dopo il termine di scadenza fissato all'art. 9 punto 3.1 del presente Avviso pubblico, ovvero dopo novanta giorni dalla pubblicazione sul BURM (Fa fede il timbro postale di spedizione);
- 1.4 Con modalità diverse dalla Raccomandata postale A/R.;
- 1.5 Su modello difforme dall'allegato A.1 del presente Avviso pubblico;
- 1.6 Prive della firma originale del legale rappresentante dell'impresa/cooperativa;
- 1.7 Prive della documentazione indicata all'art.10 del presente Avviso;
- 1.8 Sugli interventi *a)* o sugli interventi *c)*, prive dei dati richiesti alla Sezione 3 "Informazioni sul tirocinio formativo finalizzato all'assunzione" dell'Allegato A.2 del presente Avviso;



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>18</b>
	Data:	

- 1.9 Sugli interventi b), prive dei dati richiesti alla Sezione 5 “Relazione/Progetto sulla rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l’inserimento dei disabili nelle unità lavorative” dell’Allegato A.2 del presente Avviso.
2. *Le domande che rientrano nelle esclusioni di cui all’art.1 del Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006 relativo all’applicazione degli articoli 87 e 88 del trattato agli aiuti d’importanza minore “de minimis”.*

### **Articolo 13** **Criteri di valutazione dei progetti**

1. I progetti ritenuti ammissibili saranno sottoposti alla valutazione tecnico finanziaria della Commissione paritetica per il collocamento dei disabili, che li valuterà secondo le diverse tipologie d’intervento e i sotto indicati criteri:

• Progetti a valere sugli interventi a) e c):

I criteri di valutazione dei progetti presentati per gli interventi a) e c) sono costituiti dagli indicatori e dai relativi punteggi (espressi in centesimi) già citati nell’allegato 2 della D.G.R. n. 985 del 03/07/2012, che comunque vengono riportati al successivo punto 2 del presente articolo.

• Progetti a valere sull’ intervento b):

Per l’intervento b) la relativa graduatoria sarà predisposta secondo l’ordine temporale di presentazione degli stessi, verificabile dalla data, ora e minuti di spedizione, apposta dall’ufficio postale sulla busta del progetto.





Luogo di emissione	Numero:	Pag.
Ancona	Data:	<b>20</b>

## **Articolo 14**

### **Predisposizione delle graduatorie e ammissione a contributo**

1. *Entro novanta giorni dalla scadenza dei termini per la presentazione delle domande*, il Dirigente della P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive con proprio decreto:
  - Approva, sulla base della valutazione espressa dalla Commissione Paritetica per il collocamento dei disabili le graduatorie di seguito elencate:
    - Graduatoria per le imprese che hanno presentato progetti a valere sull'intervento a);
    - Graduatoria per le cooperative sociali di tipo "b" che hanno presentato progetti a valere sull'intervento c);
    - Graduatoria per le imprese/cooperative sociali di tipo "b" che hanno presentato progetti a valere sull'intervento b).
  - Comunica le imprese/cooperative ammesse a finanziamento unitamente ai relativi contributi concessi fino ad esaurimento delle risorse complessive riservate ad ogni intervento e indicate all'art. 2 punto 2 del presente Avviso.
2. Il Decreto dirigenziale di approvazione delle graduatorie e ammissione a finanziamento sarà pubblicato sul sito del Servizio Lavoro della Regione Marche: [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it). La pubblicazione del Decreto di cui al punto precedente costituisce, a tutti gli effetti, formale comunicazione ai sensi della Legge n. 241/1990 e successive modificazioni.
3. Al momento della *concessione dei contributi a.2; a.4; c.2; c.4 e b)* del presente Avviso (fa fede la data del decreto di ammissione a contributo), per cui si applica il Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15/12/2006 relativo agli aiuti di importanza minore "De minimis", l'Amministrazione regionale chiederà ai soggetti interessati l'aggiornamento della dichiarazione di cui all'all. A.4 del presente Avviso e qualora si sia superata la soglia di euro 200.000,00 (duecentomila) o euro 100.000,00 (centomila -nei casi previsti), il contributo NON sarà erogato.

## **Articolo 15**

### **Rinunce contributi e restituzione somme incassate**

Per tutti gli interventi messi a bando, le imprese/cooperative ammesse a finanziamento che intendono rinunciare ai relativi contributi devono darne immediata comunicazione sia al C.I.O.F. proponente competente per territorio, sia alla Regione Marche, Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive: la rinuncia è irrevocabile. *Nel caso che i contributi siano già stati liquidati, saranno restituiti dalle imprese/cooperative entro i successivi trenta giorni dalla rinuncia, maggiorati degli interessi legali decorrenti dall'erogazione.*

La somma dovuta deve essere versata sul conto corrente postale n.24804635-Codice IBAN IT7000760102600000024804635 intestato alla Regione Marche Fondo Regionale Occupazione Disabili Ex legge 68/99 art.14 Servizio Tesoreria Via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 ANCONA, indicando la seguente causale: "L.R. 2/05 – art. 26-Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili annualità 2012- Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n.....del...../...../.....- Restituzioni contributi intervento .....(indicare la tipologia specifica tra quelle messe a bando: a-b-c) - scheda domanda/progetto n....." (scrivere il numero attribuito dall'Amministrazione regionale)



Luogo di emissione	Numero:	Pag.
Ancona	Data:	<b>21</b>

## **Articolo 16** **Modalità di erogazione dei contributi e rispettiva certificazione**

La Regione Marche, fino a esaurimento delle risorse disponibili indicate all'art. 2 punto 2 del presente Avviso, dopo la realizzazione degli interventi e formale richiesta di erogazione contributi degli aventi diritto, liquiderà i contributi spettanti in un'unica soluzione previa:

- Verifica da parte della struttura regionale P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del lavoro, crisi occupazionali e produttive del D.U.R.C. (Documento unico di regolarità contributiva di cui al DMLPS dd. 24.10.2007), in corso di validità;
- Controllo degli Uffici competenti dello stato di occupazione "assunzione a tempo indeterminato" fatto secondo quanto previsto all'art.18 del presente Avviso.
- Controllo degli Uffici competenti della regolarità della documentazione indicata ai punti 16.1 – 16.2 – 16.3 del presente articolo.

### **16.1 DOCUMENTAZIONE** (suddivisa per contributi) **A CARICO DELLE IMPRESE/COOPERATIVE SOCIALI TIPO "B" DA INVIARE AGLI UFFICI COMPETENTI**

Le imprese/cooperative devono trasmettere con raccomandata A/R, entro i tempi stabiliti, la documentazione di seguito specificata agli Uffici competenti, individuati alle successive lettere A),B),C):

#### **A): Documentazione da inviare SOLO al C.I.O.F. proponente**

*Entro dieci giorni dalla conclusione del tirocinio quanto indicato ai successivi punti 16.1.1- 16.1.2 - 16.1.3:*

##### **Per i contributi a.1 e c.1):**

- 16.1.1 Copia del registro presenze del tirocinio (debitamente compilato e sottoscritto come da schema Allegato A.5 del presente Avviso);
- 16.1.2 Originale della dichiarazione del disabile di avvenuto tirocinio, (debitamente compilata e sottoscritta come da schema Allegato A.6 del presente).

##### **Per i contributi a.2 e c.2):**

- 16.1.3 Originale della dichiarazione del soggetto ospitante sulla prestazione del tutor aziendale" (debitamente compilata e sottoscritta come da schema Allegato A.7 del presente Avviso), attestante il numero di ore effettivamente svolte in affiancamento del disabile tirocinante e il costo orario.

#### **B): Documentazione da inviare sia al C.I.O.F. proponente, sia ALLA REGIONE MARCHE**

(Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive – Via Tiziano, 44 – 60125 ANCONA)

*Entro trenta giorni dalla conclusione del tirocinio quanto indicato ai successivi punti 16.1.4; - 16.1.5;*

##### **Documenti concernenti i contributi a.1 e c.1):**

- 16.1.4 Originale della relazione finale, da redigersi utilizzando l'apposito Allegato A.8 – parte integrante e sostanziale del presente Avviso;
- 16.1.5 Originale lettera firmata dal legale rappresentante dell'impresa/cooperativa in cui lo stesso, oltre a comunicare la data di fine tirocinio, manifesta espressamente la volontà di assumere o non



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>22</b>
	Data:	

assumere il tirocinante. *L'eventuale mancata assunzione, deve essere debitamente motivata. Altresì il legale rappresentante, in caso di assunzione dovrà con la medesima dichiarazione, impegnarsi a garantire la continuità del rapporto di lavoro a tempo indeterminato per ulteriore diciotto mesi dalla data di assunzione.*

*Entro dieci giorni dall'assunzione del/i disabile/i quanto indicato al successivo punto 16.1.6;*

**Documenti concernenti i contributi a.4 e c.4:**

16.1.6 Originale della "Dichiarazione di avvenuta assunzione del/i disabile/i" (debitamente compilato e sottoscritto come da schema Allegato A.9 del presente Avviso)

*Entro 30 (trenta) giorni dalla conclusione dei lavori quanto indicato ai successivi punti 16.1.7; - 16.1.8;*

**Documenti concernenti i contributi intervento "b":**

16.1.7 Originale della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal legale rappresentante ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 attestante:

- l'intervento effettuato (descriverlo in dettaglio), la sua positiva conclusione nei termini previsti (indicare la data inizio e fine lavori), la regolare esecuzione e conformità dei lavori eseguiti con quanto indicato nel progetto ammesso a finanziamento; certificati da allegata copia di documentazione fotografica del loro stato post-intervento;
- di non aver ricevuto altri incentivi per i medesimi costi ammessi a contributo.

16.1.8 Rendiconto delle spese sostenute (scrivere numero e data fattura/e) corredato dalle medesime copie e dalle copie dei relativi giustificativi di avvenuto pagamento (bonifici bancari) conformi ai principi di tracciabilità della spesa.

**C): Documentazione da inviare SOLO alla REGIONE MARCHE**

(Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive – Via Tiziano, 44 – 60125 ANCONA)

*Entro il trentesimo giorno successivo alla data di assunzione del/i disabile/i quanto indicato al successivo punto 16.1.9.*

**Documenti concernenti i contributi a.4 e c.4:**

16.1.9 Originale della fidejussione bancaria o assicurativa redatta secondo lo schema di cui all'Allegato A.10 del presente Avviso. La fideiussione sarà svincolata, dopo l'espressa richiesta da parte dell'impresa/cooperativa contraente dall'Amministrazione regionale, dopo il diciottesimo mese successivo all'assunzione del disabile.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>23</b>
	Data:	

**16.2 DOCUMENTAZIONE A CARICO DEL C.I.O.F. PROPONENTE DA INVIARE ALLA REGIONE MARCHE- Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive – Via Tiziano, 44 – 60125 ANCONA**

Il C.I.O.F. proponente trasmetterà *entro dieci giorni dalla richiesta del Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive – Via Tiziano, 44 – 60125 ANCONA, una dichiarazione originale del proprio responsabile attestante che l'Ufficio competente ha riscontrato la regolarità dei documenti ricevuti dall'impresa/cooperativa, indicati alla lettera A), ovvero ai punti 16.1.1; 16.1.2; 16.1.3 del presente articolo.*

**16.3 DOCUMENTAZIONE A CARICO DELLE AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI DA INVIARE ALLA REGIONE MARCHE- Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive – Via Tiziano, 44 – 60125 ANCONA**

**Per i contributi a.3 e c.3:**

Le somme impegnate dalla Regione Marche per i contributi a.3 e c.3, saranno anticipate alle Amministrazioni Provinciali che, dopo il relativo incasso, dovranno provvedere a liquidare i tutor didattici organizzativi che non risultano dipendenti di P.A., secondo i tempi e le modalità ritenute opportune.

Le Amministrazioni Provinciali, liquidate tutte le prestazioni che si riferiscono agli incarichi assegnati ai tutor didattici organizzativi esterni, *dovranno:*

16.3.1 *trasmettere entro trenta giorni dalla richiesta dell'Amministrazione Regionale un rendiconto finanziario delle stesse.*

16.3.2 *versare, in seguito alla richiesta dell'Amministrazione Regionale, gli eventuali residui risultanti dal rendiconto di cui al precedente punto 16.3.1. La somma dovuta deve essere versata sul conto corrente postale n. 24804635 –Codice IBAN IT7000760102600000024804635 intestato alla Regione Marche Fondo Regionale Occupazione disabili - Ex legge 68/99 art.14 - Servizio Tesoreria Via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 ANCONA, indicando la seguente causale:” L.R. 2/05 – art. 26-Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili annualità 2012- Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n.....del...../..../2012- Restituzione somme residue di contributi a.3 e/o c.3”.(indicare la tipologia specifica tra quelle interessate)*

**Art. 17**

**Revoca del contributo e restituzione somme incassate**

Il beneficiario al quale è stato concesso il contributo a.4 oppure c.4 dovrà:

- Impegnarsi a NON richiedere per le stesse persone disabili assunte analoghi contributi previsti da leggi nazionali, regionali e comunitarie (divieto del doppio finanziamento di cui all'art. 4 punto 4. 1 del presente Avviso);
- Garantire la continuità del rapporto di lavoro per almeno diciotto mesi a tutte le persone disabili assunte;
- Impegnarsi a mantenere, fatti salvi i casi di dimissioni volontarie, l'incremento occupazionale creato dall'assunzione del/i disabile/i assunto/i a tempo indeterminato.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>24</b>
	Data:	

**La revoca totale o parziale dei contributi a.4 e c.4 è prevista nei casi di seguito specificati:**

### **1. REVOCA TOTALE**

*La revoca del contributo per l'intero importo concesso (€ 8.4000,00 per ciascun ciascuna persona disabile assunta) è stabilita dall'Amministrazione regionale quando l'impresa/cooperativa sociale di tipo "b":.*

**1.1** *Licenzia, per ragioni diverse dalla giusta causa, il lavoratore/i assunto/i (per cui era stato richiesto il contributo) entro i diciotto mesi successivi all'assunzione stessa (Risoluzione anticipata del rapporto di lavoro);*

**1.2** *NON mantiene, fatti salvi i casi di dimissioni volontarie, per diciotto mesi successivi all'assunzione a tempo indeterminato di ogni disabile (per cui era stato richiesto il contributo), l'incremento occupazionale creato dall'assunzione stessa.*

### **2) REVOCA PARZIALE**

L'amministrazione regionale procederà alla revoca parziale del contributo quando:

**2.1** *Entro i diciotto mesi successivi all'assunzione della persona disabile (per cui era stato richiesto il contributo) cessa il rapporto di lavoro per dimissioni volontarie, morte, o licenziamento per giusta causa;*

**2.2** *Entro i diciotto mesi successivi all'assunzione della persona disabile (per cui era stato richiesto il contributo), alla medesima si riduce l'orario di lavoro settimanale (trasformazione del rapporto di lavoro da "tempo indeterminato full-time "a "tempo indeterminato part-time".)*

Nei casi di revoca parziale, l'entità del contributo sarà rideterminata in ragione dell'effettiva permanenza del lavoratore in attività. Per il calcolo dell'importo da restituire, occorre considerare che l'aiuto maturato è pari, per ciascun mese di permanenza in servizio, ad 1/18° della somma liquidata. Le frazioni sono arrotondate per difetto fino a n. 15 giorni e per eccesso dal 16° giorno.

*La revoca totale o parziale del contributo comporta, oltre alla restituzione totale/parziale di quanto erogato, anche l'applicazione degli interessi legali al T.U.R. (Tasso Ufficiale di Riferimento determinato dalla BCE – Banca Centrale Europea) calcolati dalla data di accredito da parte della Regione Marche fino alla data del recupero.*

In caso di contributo già liquidato, l'importo (specificando la quota capitale e la quota interessi) da restituire dovrà essere versato sul conto corrente postale n. 24804635-Codice IBAN IT7000760102600000024804635 intestato alla "Regione Marche Fondo Regionale Occupazione disabili - Ex legge 68/99 art.14 - Servizio Tesoreria" Via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 ANCONA, indicando la seguente causale:"L.R. 2/05 – art. 26-Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili annualità 2012-Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n.....del...../..../2012- Restituzione contributo Scheda progetto n....."

*Le imprese/cooperative devono restituire il contributo entro venti giorni dal ricevimento della richiesta di revoca da parte della Regione Marche.*

Tutte le variazioni dello stato di assunzione di ciascuna persona disabile (riduzioni di orario, dimissioni e/o licenziamenti ecc.), avvenute nei diciotto mesi successivi all'assunzione, sono dichiarate dall'impresa/cooperativa beneficiaria dei contributi nell'Allegato A.14 "Schema modello di monitoraggio assunzione del disabile". Detto modello, deve essere trasmesso, entro dieci giorni successivi alla data di avvenuta variazione al C.I.O.F. proponente e alla Regione Marche.





Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>25</b>
	Data:	

### **Art. 18** **Monitoraggio e controllo**

Ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/00 la Regione Marche può fare i controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese nelle domande di contributo e nei relativi allegati e in successive dichiarazioni richieste dal presente Avviso.

Il Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive, effettua anche in collaborazione con le Amministrazioni provinciali e i C.I.O.F. il monitoraggio delle varie fasi di attuazione degli interventi per i quali sono stati concessi i contributi finanziari e la loro corrispondenza a quanto indicato nel progetto.

Inoltre d'Ufficio, fino a diciotto mesi dall'assunzione dei disabili assunti, sarà verificato il loro stato occupazionale, mediante controllo delle comunicazioni obbligatorie dell'impresa/cooperativa presenti sul sistema informativo regionale COMarche.

*Sulla base dei risultati dell'attività di controllo, l'Amministrazione adotterà gli eventuali provvedimenti conseguenti.*

### **Art. 19** **Clausola di salvaguardia**

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio di revocare, modificare o annullare, il presente Avviso pubblico, prima dell'approvazione delle relative graduatorie, qualora se ne ravvedesse l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, senza che per questo i soggetti proponenti i singoli progetti possano vantare dei diritti nei confronti della Regione Marche.

La presentazione della domanda a valere sul presente Avviso comporta l'accettazione di tutte le norme contenute nello stesso.

### **Art. 20** **Tutela della privacy**

Ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e alle successive modifiche allo stesso apportate dal d.lgs. n. 69 del 28/05/2012, i dati richiesti dal presente Avviso e dalla modulistica allegata, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dall'Avviso stesso e saranno oggetto di trattamento svolto con o senza l'ausilio di strumenti informatici nel rispetto delle normative sopra richiamate e degli obblighi di riservatezza ai quali è tenuta la Pubblica Amministrazione.

I dati a disposizione potranno essere comunicati a soggetti pubblici o privati, dove previsto da norme di legge oppure di regolamento, quando la comunicazione risulti necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali. Il Responsabile del trattamento dati è il Dirigente della P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive della Regione Marche.

### **Art. 21** **Informazioni**

Il presente Avviso pubblico e la modulistica allegata sono reperibili sul sito internet del Servizio Lavoro della Regione Marche [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it) alla sezione bandi, inoltre è pubblicato all'interno del BURM.

Oltre che dal responsabile del procedimento indicato all'art. 11 del presente Avviso è possibile avere ogni informazione relativa allo stesso contattando i referenti delle singole Amministrazioni Provinciali e/o dei relativi C.I.O.F. competenti per territorio di seguito riportati:



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>26</b>
	Data:	

*Provincia e C.I.O.F.                      referente x informazioni      Telefono                                      e-mail*

- Provincia PESARO -URBINO:** Giancarlo Faillaci 0721/3592944 g.faillaci@provincia.ps.it  
- C.I.O.F. di PESARO: Silvia Primucci 0721/3592832 s.primucci@provincia.ps.it  
- C.I.O.F. di URBINO: Mariella Lanciarini 0722/373187 m.lanciarini@provincia.ps.it  
- C.I.O.F. di FANO: Loretta Conigli 0721/818487 l.conigli@provincia.ps.it
- Provincia ANCONA:** M. Elena Cherubini 071/5894473 m.cherubini@provincia.ancona.it  
- C.I.O.F. di Senigallia: Annarella Morbidelli 071/9959115 a.morbidelli@provincia.ancona.it  
- C.I.O.F. di Ancona: Marilena Tregambe 071/2137524 m.tregambe@provincia.ancona.it  
- C.I.O.F. di Jesi: Tatiana Gregori 0731/236718 t.gregori@provincia.ancona.it  
- C.I.O.F. di Fabriano: Marina Perini 0732/3679 m.perini@provincia.ancona.it
- Provincia MACERATA:** M. Teresa Lambertucci 0733/783418 teresa.lambertucci@provincia.mc.it  
- C.I.O.F. di Civitanova M.: Paola Petrelli 0733/783436 paola.petrelli@provincia.mc.it  
- C.I.O.F. di Macerata: Sandra Giustozzi 0733/24883 sandra.giustozzi@provincia.mc.it  
- C.I.O.F. di Tolentino: Antonio Baldini 0733/955426 antonio.baldini@provincia.mc.it
- Provincia ASCOLI PICENO:** Maria Teresa Ciccanti 0736/277471 teresa.ciccanti@provincia.ap.it  
- C.I.O.F. di S. Benedetto Del Tronto: Mariella Aquilani 0735/7667241 mariella.aquilani@provincia.ap.it  
“ “ : Daniela Cavatassi 0735/7667235 daniela.cavatassi@provincia.ap.it  
-C.I.O.F. di Ascoli Piceno : Sonia Antognoli 0736/277442 sonia.antognoli@provincia.ap.it  
“ “ : Valentina Galasso 0736/277496 valentina.galasso@provincia.ap.it
- Provincia FERMO E C.I.O.F.di Fermo:**Adele Tauro 0734/232526 adele.tauro@provincia.fm.it

## Articolo 22 Allegati/schemi dell'Avviso Pubblico

*Sono allegati al presente Avviso pubblico e ne costituiscono parte integrante gli schemi di seguito riportati che sono scaricabili in formato word dal sito: [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it):*

- A.1 “Schema domanda ammissione a finanziamento contributo”
- A.2 “Schema progetto inerente all'intervento/i da realizzare”
- A.3 “Schema convenzione di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione del/i disabile/i”
- A.4 “Schema dichiarazione sul rispetto degli aiuti di stato in regime di de minimis”
- A.5 “Schema registro presenze tirocinio formativo finalizzato all'assunzione del disabile”
- A.6 “Schema dichiarazione di avvenuto tirocinio della persona disabile”
- A.7 “Schema dichiarazione del richiedente contributo sulla prestazione del tutor interno all'impresa/cooperativa”
- A.8 “Schema relazione finale tirocinio formativo finalizzato all'assunzione del disabile”
- A.9 “Schema dichiarazione avvenuta assunzione della persona disabile”
- A.10 “Schema di polizza fidejussoria a garanzia dei contributi a.4 e c.4”
- A.11 “Schema dichiarazione tracciabilità dei flussi finanziari”
- A.12 “Schema dichiarazione U.S.L. attestante le condizioni di salute psico-fisica che rendono necessaria l'assunzione a tempo parziale della persona disabile”
- A.13 “Schema Modello di dichiarazione delle competenze”
- A.14 “Schema Modello monitoraggio assunzione persona disabile”
- A.15 “Schema dichiarazione del responsabile C.I.O.F. inerente ai dati sensibili delle persone disabili destinatarie degli interventi”



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>27</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.1:** dell'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA DOMANDA AMMISSIONE A FINANZIAMENTO CONTRIBUTIVO”**

**NOTE:** Vale per tutte le tipologie d'intervento messe a bando, *scaricare lo schema in formato word dal sito [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) - scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....*; *barrare le caselle interessate e trasmettere con A/R entro novanta giorni dalla pubblicazione dell'Avviso sul **B.U.R.M., pena inammissibilità' della domanda***

**RACCOMANDATA A/R**

Apporre marca da Bollo da Euro 14,62 <u>oppure</u> scrivere il riferimento normativo di esenzione
---

Alla REGIONE MARCHE  
Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro  
P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro,  
Crisi occupazionali e produttive  
Via Tiziano, 44 - 60125 ANCONA

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
e residente in ..... Via .....

**in qualità di legale rappresentante** (•)  dell'impresa  della Coop.va Sociale di Tipo “b” (scrivere la ragione sociale per esteso e coincidente con la stessa riportata nella Sez. 1 del progetto allegato alla presente domanda),

.....,  
**ai sensi del D.D.P.F. n.....del..... e allegato Avviso pubblico completo dei relativi allegati, di cui ha preso integrale visione e ne accetta tutte le condizioni e gli impegni conseguenti,**

**CHIEDE**

mediante l'utilizzo del “fondo regionale per l'occupazione dei disabili

**L'Ammissione a finanziamento di un contributo per complessivi €.....(♦).** Detto contributo è suddiviso per gli importi indicati a fianco di ciascun intervento da realizzare: (•)

(•) {  
 Intervento a) €.....(\*)  
 Intervento b) €.....(\*\*\*)  
 Intervento c) €.....(\*\*)  
 }

(•) barrare la/e casella/e interessate e scrivere gli importi degli interventi relativi: detti importi devono coincidere con i totali 1-2-3-indicati nella sezione 4 “scheda finanziaria” della presente domanda – scrivere zero sui righe senza richiesta di contributi)

(\*) per la realizzazione di *progetti di tirocini formativi finalizzati all'assunzione presentati da P.M.I. private*  
 (\*\*\*) per la realizzazione del progetto di “*interventi di rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative*” *presentati sia dalle P.M.I. private che dalle cooperative sociali di tipo “b”*

(\*\*) per la realizzazione di *progetti di tirocini formativi finalizzati all'assunzione presentati da cooperative sociali di tipo “b”*

(♦) indicare la somma degli importi riportati nei singoli interventi a-b-c



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>28</b>
	Data:	

Il contributo di €.(♦)..... dovrà essere versato sul conto corrente Codice IBAN..... intestato *oppure* cointestato al sottoscritto presso banca.....Agenzia di.....

**Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445,**

**DICHIARA**

1. Che l'impresa la Cooperativa Sociale di Tipo "b" dal sottoscritto rappresentata ricade tra i soggetti legittimati a presentare domanda di contributo come indicato all'art.6 dell'Avviso pubblico di cui al DDPF n... del..... in quanto: (barrare le caselle interessate rispetto all'intervento da attuare)

- È microimpresa piccola impresa media impresa (definizione descritte nell'All.I del Reg. CE n. 800/2008);
- Ha  la propria sede operativa ubicata nel territorio della Regione Marche;  
È a tutt'oggi iscritta all'albo Regione Marche delle cooperative sociali di tipologia "b" con il codice albo n.....(barrare la casella e scrivere il codice albo solo se trattasi di cooperativa sociale di tipo "b")
- NON è ricompresa tra i soggetti attivi nei settori esclusi dall'art.1 del Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006- "relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del trattato agli aiuti d'importanza minore "de minimis";

2. Che l'impresa *oppure* Che la cooperativa beneficiaria (barrare la casella interessata e quelle corrispondenti al punto 2. 1 *oppure* le caselle corrispondenti al punto 2.2 ):

**2.1 Non è soggetta all'obbligo** di cui alla Legge n. 68/99 in quanto:

Occupava un numero di dipendenti inferiore a 15;

Occupava un numero di dipendenti pari o superiore a 15 ed inferiore a 35;

**2.2 È soggetta all'obbligo di cui alla Legge n. 68/99** ed è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ai sensi della stessa legge;

3. Che l'impresa la Cooperativa Sociale di Tipo "b" dal sottoscritto rappresentata è:

- Soggetta alla ritenuta d'acconto alla fonte del 4%** di cui all'art.28 del D.P.R. N. 600 del 29/09/1973 e s.m.
- NON è soggetta alla ritenuta d'acconto alla fonte del 4%** di cui all'art.28 del D.P.R. n. 600 del 29/09/1973 e s.m. per la seguente motivazione (scrivere il riferimento normativo).....

4. Che il progetto allegato alla presente domanda è:

- composto di numero (scrivere il numero totale delle pagine che compongono il progetto)..... pagine complessive ed è stato redatto secondo lo schema Allegato A.2 dell'Avviso pubblico di cui al DDPF n..... del .....
- stato concordato con: il C.I.O.F. territoriale di competenza di ..... (scrivere denominazione C.I.O.F.), che nella persona del suo responsabile (scrivere nome e cognome in stampatello.....) lo ha sottoscritto per presa visione;



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>29</b>
	Data:	

➤ condiviso anche con gli altri organismi di seguito indicati (barrare la/le caselle interessate) che, per presa visione lo hanno sottoscritto:

le parti sociali di seguito elencate:..... (scrivere quali sono):

i servizi socio sanitari di seguito elencati ..... (scrivere quali sono):

altri soggetti..... (scrivere quali sono):

5. Di non aver usufruito e di non richiedere altre agevolazioni contributive o finanziarie pubbliche previste da norme regionali, statali, comunitarie o altre forme di incentivazioni in genere, per i medesimi costi ammissibili (divieto del doppio finanziamento);

6. Di essere a conoscenza delle norme che disciplinano il regime “de minimis”, regime a cui sono sottoposti i contributi (barrare la casella/e per cui si richiedono contributi) a.2; c.2; a.4; c.4; b) previsti dall’Avviso di cui al D.D.P.F. n..... del .....e richiesti dal sottoscritto che in merito unisce alla presente domanda l’allegato A.4, ovvero la “dichiarazione sul rispetto degli aiuti di stato in regime di de minimis”;

7. Che i destinatari degli interventi da realizzare (barrare la/e casella/e corrispondente/i) possiedono i requisiti previsti dall’art. 6 dell’Avviso pubblico di cui D.D.P.F. n.....del..... e sono i seguenti:

Intervento a): (scrivere nome, cognome e C. Fiscale del/i disabile/i interessato/i per un numero massimo di tre persone).....

Intervento b): (scrivere nome, cognome e C. Fiscale del/i disabile/i interessato/i)

.....

Intervento c): (scrivere nome, cognome e C. Fiscale del/i disabile/i interessato/i per un numero massimo di tre persone).....

8. [SCRIVERE QUESTA DICHIARAZIONE SOLO SE SI PRESENTA IL PROGETTO SULL’ INTERVENTO a) o oppure SULL’INTERVENTO c)];

Che il/i disabile/i che effettuerà il tirocinio e per il/i quale/i si chiedono i contributi previsti dall’intervento a) o dall’intervento c) (barrare solo la casella interessata) si trovano nella seguente condizione: (barrare le caselle interessate)

8.1 ha/hanno i requisiti di cui all’art. 1 della Legge 68/99, risultano disoccupate ed aspirano ad una occupazione conforme alle proprie capacità lavorative;

8.2 ha con il sottoscritto la seguente condizione di parentela (\*) individuata secondo i criteri dettati dal calcolo dei gradi di parentela e affinità-articoli 74, 75 e seguenti del C.C. - (barrare la/e casella/e sottostante/i interessata/e):

NON ha/hanno nessun tipo di parentela ha/hanno un grado di parentela superiore al terzo o di affinità superiore al primo ha un grado di parentela inferiore al terzo o di affinità al primo;

(\*)Parentela è il rapporto giuridico che intercorre fra persone che discendono da uno stesso stipite e quindi legate da un vincolo di consanguineità. Sono parenti in linea retta le persone che discendono l’una dall’altra (genitore-figlio), sono parenti in linea collaterale coloro che, pur avendo uno stipite comune (ad esempio il padre o il nonno), non discendono l’una dall’altra (fratelli o cugini). Nella linea retta il grado di parentela si calcola contando le persone sino allo stipite comune, senza calcolare il



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>30</b>
	Data:	

capostipite. Nella linea collaterale i gradi si computano dalle generazioni, salendo da uno dei parenti sino allo stipite comune (da escludere) e da questo discendendo all'altro parente. Quindi (a titolo esemplificativo) sono: **Parenti di primo grado**- Figli e genitori (linea retta)**Parenti di secondo grado** - Fratelli e sorelle; linea collaterale: sorella, padre (che non si conta), sorella. - Nipoti e nonni; linea retta: nipote, padre, nonno (che non si conta). **Parenti di terzo grado**: - Nipote e zio; linea collaterale: nipote, padre, nonno (che non si conta - zio). - Bisnipote e bisnonno; linea retta: bisnipote, padre, nonno, bisnonno (che non si conta). L'affinità è il vincolo fra un coniuge ed i parenti dell'altro coniuge (**gli affini di ciascun coniuge non sono affini fra di loro**). Il grado di affinità è lo stesso che lega il parente di uno dei coniugi e quindi ( a titolo esemplificativo) sono:

**Affini di primo grado:** Suocero e genero (in quanto la moglie è parente di primo grado con il proprio padre), suocero e nuora  
**Affini di secondo grado:** marito e fratello della moglie (in quanto la moglie è parente di secondo grado con il proprio fratello), moglie e sorella del marito ecc.

I coniugi (legati da rapporto di coniugio) non sono né parenti, né affini.

**9. [SCRIVERE QUESTA DICHIARAZIONE SOLO SE SI PRESENTA IL PROGETTO SULL'INTERVENTO b)];**

Che il/i disabile/i Sig. (scrivere nome e cognome della/e persona/e disabile/i) .....è stato/a assunto/a a tempo indeterminato il ....., ovvero negli ultimi 36 mesi antecedenti la presentazione della domanda (fa fede il timbro postale di spedizione) presso l'impresa la cooperativa sociale di tipo "b" dal sottoscritto rappresentata ed è, in qualità di destinatario dell'intervento b) a tutt'oggi in forza con la medesima tipologia contrattuale (tempo indeterminato);

**10. [SCRIVERE QUESTA DICHIARAZIONE SOLO SE SI PRESENTA IL PROGETTO SULL'INTERVENTO a) oppure SULL'INTERVENTO c)]**

Che il tutor aziendale di cooperativa dal sottoscritto rappresentata (indicato nella sezione 3 punto 3.2 dell'Allegato A.2 del presente Avviso) è assunto con contratto di lavoro subordinato presso il beneficiario – (oppure) è socio della cooperativa;

**11.** Di applicare le condizioni previste dal CCNL ovvero, in assenza, dagli accordi locali tra le rappresentanze sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori;

**12.** Di NON avere in corso e non aver attivato, nei dodici mesi precedenti la data della presente dichiarazione, procedure concorsuali (barrare la casella corrispondente);

**13.** Di essere a conoscenza che i dati contenuti nella domanda di contributo saranno oggetto di trattamento da parte della Regione Marche, anche con l'ausilio di mezzi informatici, esclusivamente per le finalità connesse all'erogazione del contributo stesso, come indicato all'art.21 "Tutela della privacy" dell'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n.:..... del.....;

**14.** Di non avere in corso e/o non avere fatto, nei sei mesi antecedenti la data di presentazione della domanda di contributo a valere sull'intervento (barrare la casella dell'intervento interessato) a) oppure sull'intervento c), licenziamenti di lavoratori con contratto a tempo indeterminato, per ragioni diverse dalla giusta causa, nei reparti produttivi o per la stessa qualifica professionale che, in caso di assunzione al termine del tirocinio, saranno assegnati/e alle persone disabili;

**15.** Di NON AVER assunto soggetti i quali, nell'ultimo rapporto di lavoro precedente lo stato di disoccupazione, siano stati dipendenti a tempo indeterminato di imprese dello stesso settore di attività che presentino assetti proprietari sostanzialmente coincidenti con le imprese medesime ovvero risultino, con queste ultime, in rapporto di collegamento o controllo, ai sensi dell'art. 2359 del codice civile;

**16.** Di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza sul lavoro;

**17.** Che i codici per la verifica della regolarità contributiva (DURC) sono i seguenti:

Cod. INPS n.: .....- P.A.T. INAIL n.:.....



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>31</b>
	Data:	

18. di essere attiva, ovvero di non trovarsi in stato di fallimento o liquidazione e di non aver presentato domanda di concordato.

### SI IMPEGNA

1. Ad accettare tutti i controlli indicati all'art. 18 dell'Avviso di cui al D.D.P.F. n. .... del.....
2. **[SCRIVERE QUESTO IMPEGNO SOLO SE SI PRESENTA IL PROGETTO SULL'INTERVENTO a) oppure SULL'INTERVENTO c) ]**  
A rispettare la convenzione di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione stipulata con il C.I.O.F. in data ..... e allegata alla presente domanda;
3. A trasmettere agli Uffici competenti, entro i tempi e con le modalità di cui all'art. 16 punto 16.1 dell'Avviso di cui al D.D.P.F.n. .... del... , la certificazione finale ivi elencata, idonea alla liquidazione dei contributi;
4. A restituire le somme percepite nei casi di pronuncia di decadenza/revoca dei benefici finanziari;
5. A dare comunicazione all'Amministrazione Regionale, Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive e al C.I.O.F. competente per territorio dell'eventuale interruzione anticipata dell'intervento finanziato, qualunque ne sia la causa (es. dimissioni volontarie di uno o più tirocinanti/lavoratori), o di altre variazioni rispetto a quanto indicato a progetto ammesso a finanziamento (Es.: rinuncia all'assunzione del tirocinante ecc.);
6. **[SCRIVERE QUESTO IMPEGNO SOLO SE SI PRESENTA IL PROGETTO SULL'INTERVENTO a) oppure SULL'INTERVENTO c) ]**  
Ad adottare, nei confronti dei disabili che hanno effettuato un numero di ore di tirocinio pari o superiori al 75% delle ore indicate in convenzione una delle seguenti modalità di pagamento: (barrare la casella interessata tra anticipato e posticipato) dei contributi *a.I* *c.I* (barrare la casella relativa);  
**Anticipato**, ovvero prima di aver riscosso dalla Regione Marche il saldo di detti contributi e comunque non oltre trenta giorni dal termine del tirocinio formativo finalizzato all'assunzione.  
**N.B.** Se si sceglie detta modalità di pagamento, scrivere la periodicità dell'erogazione stessa (Es.: pagamento unico a saldo da effettuarsi nel periodo compreso tra il termine di tirocinio e i successivi trenta giorni; pagamento mensile, pagamento bimensile, pagamento trimestrale, altro da specificare.....)  
**Posticipato**, ovvero dopo aver riscosso dalla Regione Marche il saldo dei contributi e **comunque non oltre dieci giorni dall'incasso**; (fa fede la data di valuta di accredito)
7. A fornire le informazioni richieste dall'Amministrazione Regionale e al C.I.O.F. proponente circa lo svolgimento dell'intervento finanziato;
8. Ad assicurare, sotto la propria responsabilità, il rispetto della normativa in materia fiscale, previdenziale e di sicurezza dei lavoratori;



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>32</b>
	Data:	

9. Ad assicurare e garantire il rispetto delle norme in materia d'idoneità di strutture, impianti ed attrezzature utilizzate per l'attuazione del progetto allegato alla presente domanda;

10. A rispettare, per gli interventi indicati nella presente domanda, i tempi di realizzazione degli stessi dando comunicazione all'Amministrazione regionale e al C.I.O.F. territoriale di competenza entro i termini previsti dall'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n.....del..... le date di avvio e termine degli stessi

11. [SCRIVERE QUESTO IMPEGNO SOLO SE SI PRESENTA IL PROGETTO SULL'INTERVENTO a) oppure SULL'INTERVENTO c)]

A dare, entro trenta giorni dalla conclusione del tirocinio, formale *comunicazione* all'Amministrazione Regionale, Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro - P.F. Servizi per l'impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive e al C.I.O.F. competente *dell'eventuale mancata assunzione del disabile, specificandone i relativi motivi.*

**N.B.** il presente impegno deve essere scritto solo se si presenta domanda di contributo per l'intervento a) oppure per l'intervento c).....;

12. [SCRIVERE QUESTO IMPEGNO SOLO SE SI PRESENTA IL PROGETTO SULL'INTERVENTO a) oppure SULL'INTERVENTO c)]

Per diciotto mesi a:

- A mantenere l'occupazione del/i disabile/i per cui si richiedono i contributi a.4 e c4
- A mantenere l'incremento occupazionale determinato dall'assunzione del/i disabile/i per cui si richiedono i contributi a.4 e c4.

**ALLEGA la seguente documentazione**

1. ....[ Scrivere con numerazione progressiva, (in base all'intervento/i da realizzare indicato/i nella domanda) tutta la documentazione prevista dall'art. 10 del presente Avviso pubblico.]

Luogo..... lì ...../...../.....

Il Richiedente

<p><b>Apporre Timbro</b> Impresa cooperativa sociale tipo "b" e firma del legale rappresentante</p>
---

(\*) .....  
(\* ) scrivere nome e cognome in stampatello, **apporre firma leggibile per esteso e allegare fotocopia leggibile di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

**N.B.** La mancanza della firma e degli allegati obbligatori richiesti è motivo di esclusione della domanda.





Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>33</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.2:** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA PROGETTO RELATIVO ALL'INTERVENTO/I DA REALIZZARE”**

**NOTE:**Vale per tutte le tipologie d'intervento messe a bando, *scaricare lo schema in formato word dal sito [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) - scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....- barrare le caselle interessate e trasmettere con A/R entro novanta giorni dalla pubblicazione dell'Avviso sul B.U.R.M., pena inammissibilità' della domanda*

**SEZIONE 1: DATI DELL'IMPRESA/COOPERATIVA CHE PRESENTA DOMANDA/ PROGETTO CONTRIBUTO**

**N.B.** La compilazione di detta sezione è obbligatoria per tutti i tipi d'intervento messi a bando

impresa  cooperativa di tipo “b”

*Ragione sociale* (scrivere la denominazione completa impresa o cooperativa sociale di tipo “b” sociale di tipo “b”)

.....  
*Sede legale:* Via.....Cap. Comune.....

Prov.:.....Tel.: ..... Fax:..... e-mail:.....

*Sede operativa* (da indicare solo se diversa dalla sede legale) .....

*P.IVA / Codice Fiscale* ..... *N. iscrizione CCIAA* .....

*Codice INPS N.* ..... *iscrizione INAIL :*.....

*Descrizione delle attività prevalenti esercitate dalla:*  Ditta  Coop. Soc. di tipo “b”: (inserire i righe ritenuti necessari per una esaustiva descrizione)

.....  
*Settore/i principali d'intervento* .....

*Numero dei dipendenti*.....*Numero dei soci*..... (il numero è riferito al momento della presentazione della domanda)

*Persone da contattare per eventuali informazioni o chiarimenti in merito all'impresa/cooperativa e alla documentazione presentata:*

- Legale rappresentante Sig.: .....Tel.: .....  
 Cell.: .....E-mail:.....

- Referente principale Sig.: ..... in qualità di:  
 .....Tel.: .....Cellulare:.....  
 (scrivere il ruolo/incarico interno o esterno all'impresa/coop.va sociale di tipo b- Es. dipendente, socio, consulente esterno)

-*Indirizzo completo* (Via-N.C.-C.A.P.-Comune-Provincia) *presso il quale l'Amministrazione invierà ogni comunicazione inerente alla domanda di contributo:* .....

.....



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>34</b>
	Data:	

**SEZIONE 2: INFORMAZIONI SULL'EVENTUALE ASSUNZIONE DEL DISABILE**

**N.B. La presente sezione deve essere compilata solo se si richiede il contributo sull'intervento a), oppure sull'intervento c), altrimenti annullarla con doppia barratura. Compilare (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....-barrare le caselle interessate) una sezione 2 per ogni soggetto disabile (°) coinvolto nel progetto.**

(°) Ai fini dell'ammissibilità dei progetti a valere sugli interventi a) e c) il destinatario deve essere iscritto/i nell'elenco provinciale di cui all'art. 8 della Legge 68/99(collocamento mirato dei disabili)

L'eventuale assunzione del Sig.....:

Cod. Fiscale..... sarà in qualità di: (barrare la casella corrispondente)

Dipendente

Socio lavoratore

Data presunta di assunzione o d'immissione in qualità di socio lavoratore: .....

Qualifica: .....

CCNL: .....

Tipologia di assunzione: (barrare la casella corrispondente)

Tempo indeterminato a tempo pieno

Tempo indeterminato a tempo parziale: (\*) .....

(\*) indicare il n. di ore settimanali in rapporto al tempo pieno (Es. n.30 su 40)

Il lavoratore sarà eventualmente assunto con un salario: (devono rispondere solo le coop. ve sociali di tipo "b")

inferiore al 65% del salario contrattuale;

pari almeno al 65% di quello contrattuale



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>35</b>
	Data:	

**SEZIONE 3: INFORMAZIONI SUL TIROCINIO FORMATIVO FINALIZZATO ALL'ASSUNZIONE**

**N.B. La presente sezione deve essere compilata, pena inammissibilità della domanda, solo se si richiede il contributo sull'intervento a), oppure sull'intervento c), altrimenti annullarla con doppia barratura. Scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini ..... e barrare le caselle interessate)**

**3.1 Tutor didattico/organizzativo [ compilazione a cura del C.I.O.F. (°) proponente]**

Il Tutor didattico/organizzativo, dipendente P.A. esterno alla P.A. e incaricato dal C.I.O.F. di (scrivere la Città).....con Prot. n:.....del:.....è il/la Sig./ra:.....

.....C. Fiscale:.....residente a :.....  
Via:.....Città.....CAP.....  
Tel.....e-mail.....

Le competenze/abilità possedute dal Tutor incaricato sono le seguenti: (descrivere- aggiungendo i righi ritenuti necessari - il percorso scolastico, formativo e lavorativo effettuato e quanto altro ritenuto coerente e idoneo a giustificare la nomina).....

(°) I dati del punto 3. 1, qualora non disponibili al momento della spedizione della domanda, saranno trasmessi dal C.I.O.F. all'Amm.ne regionale successivamente ma, comunque, prima dell'inizio del tirocinio.

**3.2 Tutor interno impresa coop.va "b" che affiancherà la persona disabile:**

(compilazione a cura del legale rappresentante che presenta domanda di contributo)

Il Tutor incaricato da impresa coop.va "b" (barrare la casella corrispondente) con nota prot.....del:.....,è il/la **Sig./ra** (scrivere nome e cognome.....)

C. fiscale:.....residente a :.....  
Via:.....Città:.....CAP:.....Tel:.....  
e-mail:....., assunto il:.....con la qualifica di

..... Socio dal....., possiede le seguenti competenze/abilità professionali:..... (descrivere - aggiungendo i righi ritenuti necessari - il percorso scolastico, formativo e lavorativo fatto, le competenze possedute in linea con le attività previste dal progetto e quanto altro ritenuto coerente e idoneo a giustificare la nomina)

**Sede di svolgimento dell'attività** (scrivere denominazione e indirizzo completo.....)

**Ore di tutoraggio n:.....** (scrivere le ore previste in affiancamento al disabile per tutto il tirocinio).

Descrizione e calendarizzazione dell'attività di tutoraggio: .....(scrivere l'attività prevista per ogni mese)

**3.3 Caratteristiche del progetto individuale del tirocinio formativo finalizzato**

Sede e indirizzo di svolgimento del tirocinio:.....

Periodo di tirocinio (date presunte) dal ..... al .....Durata mesi:.....Orario settimanale n. ore:.....Orario giornaliero n. ore .....dalle ore.....alle.....

Ore complessive del tirocinio n:.....

**3.4 Descrizione – modalità d'attuazione ed obiettivi dell'attività individuale di tirocinio** in relazione al profilo professionale e alla condizione personale del lavoratore in favore del quale verrà realizzato il progetto ( aggiungere tanti righi necessari per descrivere in dettaglio i risultati attesi, le attività previste, le competenze o abilità da sviluppare, le modalità previste di valutazione delle competenze maturate.)



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>36</b>
	Data:	

**SEZIONE 4: SCHEDA FINANZIARIA DEL PROGETTO**

**NOTE:**

-**Questa sezione deve essere compilata** (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini ..... ) **obbligatoriamente indipendentemente dall'intervento da effettuare.**

-Compilare solo i riquadri d'interventi per cui si richiedono i contributi e annullare con doppia barratura gli altri

-**SCRIVERE** (in dettaglio) *il metodo di calcolo utilizzato per ogni importo dei contributi richiesti secondo la specifica di seguito riportata:*

**Intervento a): progetti di tirocinio richiesti da imprese:**

- a.1: € 300,00 i per n. .... mesi di tirocinio per n. .... soggetti disabili = € .....
- a.2: costo per il/i tutor incaricato/i dall'impresa  
( dettagliare metodo di calcolo pari al n° tutor x importo orario x per n. ore di tirocinio  
-fino al max di €. 1.500,00 per ogni tutor incaricato) = € .....
- a.3: costo dei tutor organizzativi esterni alla P.A.  
(dettagliare il n° dei tutor e l'importo max assegnato pari a €. 700,00 o €1.000,00) = € .....
- a.4. Max €. 8.400,00, moltiplicati per n.... soggetti disabili da assumere = € .....

**(1)= TOTALE Contributo richiesto per intervento a) = €.....**  
=====

**Intervento b): rimozione degli ostacoli architettonici, ambientali e di tipo strumentale che impediscono l'inserimento dei disabili nelle unità lavorative**

Costo totale previsto per l'intervento: = €..... (\*)

**(2)=TOTALE Contributo richiesto per intervento b)=50% costo totale (\*) = €.....**  
=====

**Intervento c): progetti di tirocinio richiesti da cooperative di tipo "b"**

- c.1: € 300,00 i per n.....mesi di tirocinio per n. ....soggetti disabili = € .....
- c.2: costo per il/i tutor incaricato/i dall'impresa  
( dettagliare metodo di calcolo pari al n° tutor x importo orario x per n. ore di tirocinio  
-fino al Max di €. €. 1.500,00 per ogni tutor incaricato) = € .....
- c.3: costo dei tutor organizzativi esterni alla P.A.  
(dettagliare il n. dei tutor e l'importo Max assegnato pari a €. 700,00 o €1.000,00) = € .....
- c.4. Max €8.400,00moltiplicati per n....soggetti disabili da assumere = € .....

**(3) = TOTALE Contributo richiesto per intervento c) = €.....**  
=====

**TOTALE GENERALE DEI CONTRIBUTI RICHIESTI=(1)+(2)+(3)= €.....**  
=====



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>37</b>
	Data:	

**SEZIONE 5: SCHEMA RELAZIONE PROGETTO INTERVENTO b) “RIMOZIONE DEGLI OSTACOLI ARCHITETTENICI, AMBIENTALI E DI TIPO STUMENTALE CHE IMPEDISCONO L’INSERIMENTO DEI DISABILI NELLE UNITA’ LAVORATIVE”**

**N.B.:** *la presente sezione deve essere compilata (scrivere tutte le informazioni richieste al posto dei puntini) **pena inammissibilità della domanda SOLO se si richiede il contributo sull’intervento b), altrimenti deve essere annullata con doppia barratura.***

**1. Descrizione del contesto produttivo e/o professionale dove sarà effettuato l’intervento**

.....  
(aggiungere il numero di righe necessarie per una descrizione sintetica delle barriere esistenti e delle difficoltà che creano in relazione all’accessibilità, visitabilità e adattabilità)

**2. Descrizione dell’intervento da effettuare:** (scrivere in dettaglio il tipo di adattamento/interventi edilizi o di altra natura da effettuare in funzione delle specifiche esigenze dei soggetti disabili: lavori di ristrutturazione e trasformazione di locali o parti di locali ed in genere degli ambienti di lavoro, anche mediante acquisto di segnaletiche acustiche e tattili, e/o qualsiasi altro adeguamento funzionale all’abbattimento delle barriere architettoniche).  
*Inoltre scrivere eventuali interventi diversi da quelli indicati ai punti 1.1 e 1.2 dell’art. 8 dell’Avviso pubblico che devono essere sottoposti a giudizio insindacabile di pertinenza dall’Amministrazione regionale che comunicherà il relativo esito agli interessati entro 30 gg. dal ricevimento della richiesta. La mancata pertinenza equivale al NON riconoscimento delle relative spese.*

..... (aggiungere il numero di righe necessarie) .....

**3. Soggetti disabili beneficiari dell’intervento:** (scrivere nome e cognome).....

**4. Tempo di esecuzione dell’intervento:** (barrare e compilare la/e casella/e corrispondente/i)  
€Dal ..... / ..... / ..... Al: ..... / ..... / ..... (se rivolto a lavoratore/i disabili già in forza c/o il Datore di Lavoro)  
€Dal ..... / ..... / ..... Al: ..... / ..... / ..... (se rivolto a lavoratore/i disabili iscritto/i nelle liste provinciali della Regione Marche di cui all’art. 8 della Legge 12 marzo 1999 n. 68 e successive modificazioni che effettueranno il tirocinio)

**5. Risultati attesi dall’esecuzione dell’intervento:** (descrivere in dettaglio le nuove attività/competenze/abilità che il/i soggetto disabile/i potrà fare e sviluppare dopo attuazione dell’intervento)

..... (aggiungere il numero di righe necessarie) .....

**6. Elenco delle eventuali autorizzazioni edilizie e/o di altro genere necessarie per la realizzazione dell’intervento**  
(detta documentazione va conservata agli atti dell’impresa/coop.va sociale tipo “b)

..... (aggiungere il numero di righe necessarie) .....

**7. Preventivo dei lavori da eseguire** (allegare il preventivo dei lavori da eseguire)

**8. Allegati alla relazione:** (allegare documentazione fotografica dello stato dei lavori PRE-intervento ovvero n..... foto del/i locale/i interessati)



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>38</b>
	Data:	

Il presente progetto si compone di n.....pagine complessive ed è stato redatto in originale dal sottoscritto legale rappresentante dell' *Impresa (oppure)* della *coop. va sociale* di tipo "b" (barrare la casella corrispondente e scrivere la stessa ragione sociale riportata nella sezione 1 del progetto da allegare alla domanda di contributo.....)

Apporre Timbro Impresa Coop.va sociale tipo "b"
---

Luogo..... li ...../...../.....

**Il legale rappresentante**

Apporre Timbro del C.I.O.F. territoriale di competenza.
--

(\*).....

**Per presa visione: (\*)**

Il responsabile del C.I.O.F. territoriale di competenza

.....  
(\* scrivere nome e cognome in stampatello, apporre firma leggibile per esteso e allegare fotocopia leggibile di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Apporre eventuali altri Timbri di Organismi (parti sociali, servizi socio sanitari ecc.) che hanno condiviso e presa visione del progetto.
--

**Per presa visione:**

.....  
(°)Firma originale x esteso del responsabile dell'Organismo



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>39</b>
	Data:	

**ALLEGATO A. 3** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA CONVENZIONE TIROCINIO FORMATIVO FINALIZZATO ALL’ASSUNZIONE DEL/I DISABILE/I”**

**NOTE:** *Vale solo per interventi a) oppure c) - scaricare lo schema in formato word dal sito [www.istruzioneformazioneelavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneelavoro.marche.it) - scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....da **trasmettere** in originale dalla ditta/coop.va alla Regione Marche, unitamente alla domanda ammissione a finanziamento contribuito entro novanta giorni dalla pubblicazione dell’Avviso pubblico sul B.U.R.M., pena inammissibilità della domanda*

**TRA**

**Il C.I.O.F.** (indicare la denominazione del centro per l’Impiego, l’orientamento e la formazione che sottoscrive il presente atto).....*quale soggetto promotore*” del tirocinio formativo finalizzato all’assunzione del/i disabile/i indicati nella premessa della presente convenzione, con sede legale in: .....Via:.....,N.C.:.....  
rappresentato dal Sig/ra:.....,C.F.:.....  
nato/a:..... il:.....in qualità di: .....

**E**

**l’impresa** (oppure) **la cooperativa sociale di tipo “b”** (barrare la casella interessata e scrivere la relativa ragione sociale per esteso) .....  
Settore .....*quale “soggetto ospitante”*, con sede legale in.....Via:.....,N.C.:.....  
rappresentata dal Sig.:..... (indicare nome e cognome del legale rappresentante) C. Fiscale n:..... Nato a:.....  
il:..... residente in.....Via:.....,N.C.:.....

**PREMESSO**

1. Che la Regione Marche, al fine di sostenere l’inserimento lavorativo dei disabili e favorire un legame più stretto tra sistema produttivo e sistema formativo e di incrementare lo sviluppo occupazionale, in applicazione della L.R. 2/05 – art. 26 e della D.G.R. n. 985del 03/07/07 e ai sensi dell’ Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../....., mediante l’utilizzo del fondo regionale per l’occupazione dei disabili, concederà contributi alle imprese private e alle cooperative sociali di tipo “b” da destinare al finanziamento dei programmi di sostegno per l’inserimento lavorativo dei disabili, tra i quali sono previsti tirocini formativi finalizzati all’assunzione di persone disabili iscritte nelle liste provinciali della Regione Marche di cui all’art. 8 della Legge 12 marzo 1999 n. 68;
2. Che **l’impresa** (oppure) **la cooperativa sociale di tipo “b”** (barrare la casella interessata e scrivere la relativa ragione sociale per esteso):  
.....  
*presenterà - nei termini e con le modalità previste dall’ Avviso pubblico di cui al sopracitato D.D.P.F. n ... del .....-domanda di contributo per la realizzazione di un progetto di tirocinio formativo finalizzato all’assunzione del/i disabile/i (indicare il/i nominativo/i)*.....
3. Che il tirocinio di cui alla presente convenzione sarà attivato non oltre trenta giorni dalla comunicazione d’ammissione a finanziamento del relativo progetto, (salvo deroga motivata autorizzata dalla P.F. Servizi per l’impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive della Regione Marche) *e che entro tale data l’impresa (oppure) la cooperativa sociale tipo “b” (barrare la casella interessata) provvederà a*



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>40</b>
	Data:	

*stipulare (qualora non abbia già provveduto) una convenzione di programma ai sensi dell'art. 11 della L. 68/99;*

4. Che il tirocinio formativo finalizzato all'assunzione di persone disabili non costituisce rapporto di lavoro;

### **Art. 1**

#### **Adempimenti a carico del soggetto promotore (C.I.O.F.)**

Il C.I.O.F. (*Centro per l'impiego, l'orientamento e la formazione*) è individuato come il soggetto promotore del progetto di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione del/i disabile/i e verifica la presenza della motivazione, della fattibilità e dell'effettiva rispondenza del tirocinio alle esigenze e aspettative del soggetto disabile e dell'impresa/cooperativa sociale di tipo "b". Il **C.I.O.F. s'impegna a:**

- Inviare all'Amministrazione regionale, entro sette giorni dalla sua richiesta, la "dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà inerente i dati sensibili dei destinatari degli interventi" debitamente compilata e sottoscritta dal responsabile del C.I.O.F., secondo lo schema all. A.15 parte integrante del Avviso regionale di cui al BURM n. ....del....., scaricabile e stampabile dal sito: **<http://www.formazione lavoro.marche.it>**;
- Definire, in accordo con l'impresa /cooperativa e la/e persona/e disabile/i, il progetto di tirocinio (secondo lo schema di cui all'Allegato "A.2 – Sezione 3" dell'Avviso pubblico regionale di cui al BURM n ..... del...../...../2012;
- Nominare il tutor didattico-organizzativo dopo l'ammissione a finanziamento da parte della Regione Marche del progetto formativo finalizzato all'assunzione e comunque prima dell'inizio del tirocinio stesso dandone contestuale comunicazione alla P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive - Via Tiziano, 44 - 60125 ANCONA;
- Verificare, prima dell'inizio del tirocinio, l'avvenuta copertura assicurativa dei tirocinanti contro gli infortuni sul Lavoro presso l'Inail e per responsabilità civile presso un'assicurazione privata;
- Compilare, in collaborazione con il tutor didattico organizzativo e il tutor interno all'impresa/cooperativa il "modello di dichiarazione delle competenze" secondo l'Allegato A.13 dell'Avviso pubblico regionale di cui al B.U.R.M. n. .... del..... e a rilasciarlo al disabile entro trenta giorni dal termine del suo tirocinio, dando contestuale comunicazione scritta di consegna alla Regione Marche;
- Fornire ai richiedenti tutte le informazioni sui tirocini formativi finalizzati all'assunzione del/i disabile/i (intervento a) o intervento c).

### **Art. 2**

#### **Adempimenti a carico dell'impresa/cooperativa**

***L'impresa/cooperativa ospitante il tirocinio s'impegna a:***

- effettuare la comunicazione obbligatoria on-line all'inizio e termine del tirocinio, all'eventuale assunzione del disabile e negli altri casi previsti dalle norme vigenti;
- (nominare un tutor interno con il compito di seguire il tirocinante nel corso dell'attività prevista nel progetto formativo di tirocinio finalizzato all'assunzione
- accogliere presso la/le proprie sede/i operativa/e n.... tirocinanti per svolgere l'esperienza di tirocinio specificata alla Sezione 3 dell'Allegato "A.2" dell'Avviso pubblico regionale di cui al B.U.R.M. n.....del.....;
- fornire al tirocinante informazioni ed istruzioni adeguate riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro e i necessari ed idonei dispositivi di protezione individuale;
- informare il soggetto promotore di tirocinio, attraverso specifica dichiarazione, di aver provveduto, per i casi previsti dalla normativa vigente, agli adempimenti relativi agli accertamenti sanitari preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni alle attività a cui i tirocinanti sono destinati;





Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>41</b>
	Data:	

- a trasmettere agli Uffici competenti, la certificazione finale prevista all'art. 16 punto 16.1 dell'Avviso pubblico regionale di cui al B.U.R.M. n.....del.....;
- dichiarare che i locali e le attrezzature che saranno utilizzate dal disabile durante il periodo di tirocinio sono conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza e di igiene e che la relativa documentazione attestante tale conformità è depositata presso la sede sociale;
- a stipulare polizze assicurative a copertura del tirocinante/i - dandone contestuale comunicazione al C.I.O.F.di competenza e alla Regione Marche P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive - - Via Tiziano, 44 - 60125 ANCONA- relative a:
  - infortuni sul lavoro Inail posizione n.:..... (scrivere in base al numero dei tirocinanti).....
  - responsabilità civile conto terzi polizza n.:..... Compagnia.....
- a garantire un corretto ed efficace svolgimento del tirocinio formativo finalizzato all'assunzione;
- a segnalare in caso di incidente durante lo svolgimento del tirocinio l'evento, entro i termini previsti dalla normativa vigente, agli istituti assicurativi (con riferimento al numero della polizza assicurativa);
- Ad adottare, nei confronti dei disabili che hanno fatto un numero di ore di tirocinio pari o superiori al 75% delle ore indicate in convenzione una delle seguenti modalità di pagamento (barrare la casella interessata tra anticipato e posticipato) dei contributi *a.1* *c.1* (barrare la casella relativa);  
Anticipato, ovvero prima di aver riscosso dalla Regione Marche il saldo di detti contributi e comunque non oltre trenta giorni dal termine del tirocinio formativo finalizzato all'assunzione. Se si opta per detta modalità di pagamento, scrivere la periodicità dell'erogazione stessa (Es.: pagamento unico a saldo da effettuarsi nel periodo compreso tra il termine di tirocinio e i successivi trenta giorni; pagamento mensile, pagamento bimensile, pagamento trimestrale, altro da specificare.....)
- Posticipato, ovvero dopo aver riscosso dalla Regione Marche il saldo dei contributi *a.1* oppure *c.1* (barrare la casella relativa);
- a trasmettere (indipendentemente dalla modalità sopra adottata) alla P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive - Palazzo Leopardi – 2° piano, stanza n. 30 - Via Tiziano, 44 - 60125 ANCONA entro dieci giorni dal pagamento al disabile dei contributi *a.1* oppure *c.1* (barrare la casella relativa) la documentazione relativa giustificativa dell'avvenuto pagamento ( copia bonifico bancario a favore del disabile);

### Art. 3

#### Il tutor didattico - organizzativo

E' individuato e nominato dal C.I.O.F. ed è il responsabile didattico – organizzativo al quale compete il controllo dei contenuti formativi del tirocinio, il tutoraggio in termini di aiuto, motivazione ed orientamento ai soggetti avviati e la verifica degli esiti del tirocinio, nella misura massima di cinque tirocini seguiti contemporaneamente, anche per enti promotori diversi.

#### Il tutor didattico - organizzativo s'impegna a:

- monitorare continuamente lo svolgimento del tirocinio formativo finalizzato all'assunzione per risolvere possibili incomprensioni o insoddisfazioni da parte dell'impresa o cooperativa sociale di tipo "b" e del tirocinante mediante visite periodiche in azienda, contatti anche telefonici con il tutor aziendale e con il tirocinante;
- redigere, entro il trentesimo giorno dalla data di effettuazione del 50% delle ore di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione indicate in convenzione, una "relazione intermedia" sullo stato di attuazione dello stesso che evidenzia, oltre la coerenza o le eventuali difformità con il percorso d'inserimento lavorativo previsto nel progetto che è stato presentato per la richiesta dei contributi, anche i punti di forza e/o le criticità dell'intervento, nonché le eventuali proposte di modifica per raggiungere con efficacia/efficienza gli obiettivi preposti. Detta relazione deve essere sottoscritta anche per presa visione dal tutor aziendale o di cooperativa e dal suo legale rappresentante;



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>42</b>
	Data:	

- redigere - secondo lo schema Allegato “A.8” del D.D.P.F. n ..... del .....- e sottoscrivere in forma congiunta con il tutor d’impresa o della cooperativa sociale di tipo “b” una relazioni finale per ogni tirocinio formativo finalizzato all’assunzione che si è concluso.
- Al termine del tirocinio il tutor didattico – organizzativo provvede, con la collaborazione del tutor aziendale e sentito il tirocinante, alla compilazione della dichiarazione delle competenze, di cui all’Allegato “A.13” del D.D.P.F. n: ..... del: .....

**Art. 4**

**Adempimenti a carico del disabile tirocinante**

**Il disabile tirocinante è tenuto a:**

- seguire le indicazioni del tutor interno del’impresa/coop. va sociale di tipo “b”e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia d’igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi produttivi e prodotti acquisiti o altre evenienze relative all’azienda/cooperativa di cui si venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio.

Inoltre, *al fine di ottenere il rilascio della “dichiarazione delle competenze”* di cui al sopracitato art. 3, il tirocinante deve effettuare almeno il 75% del monte ore complessivo di tirocinio indicato nel progetto di tirocinio e nella convenzione stipulata tra il C.I.O.F. e il soggetto ospitante.

*Il tirocinante che intende ritirarsi prima del periodo programmato è tenuto a:*

- firmare il modulo di ritiro che l’ente promotore metterà a disposizione;
- firmare, qualora abbia effettuato un numero di ore pari o superiore al 75% delle ore di tirocinio indicate in convenzione, l’incasso della quota spettante relativa ai contributi *a.1* oppure *c.1*.

**Art. 5**

**Tutor interno impresa/cooperativa**

Il tutor interno all’impresa/cooperativa, indicato dal richiedente contributo, svolge attività di accompagnamento e sostegno volte a favorire l’inserimento della persona disabile nell’organizzazione d’impresa/cooperativa, la sua socializzazione nell’ambiente di lavoro, e l’apprendimento dei compiti d’assegnare. E’ responsabile dell’accoglienza e dell’assistenza operativa nel periodo di permanenza in azienda/cooperativa. Il suo nominativo va specificato nel progetto di tirocinio (Allegato A. 2 Sezione 3 punto 3.2.)

Al momento dell’inserimento in impresa/cooperativa, al tirocinante dovranno essere illustrate tutte le normative che regolano la vita aziendale, con particolare attenzione a quella antinfortunistica, a quelle comportamentali, igieniche o organizzative richieste all’interno della struttura ospitante oltre alle attività dell’azienda/cooperativa nel suo complesso e il processo lavorativo all’interno del quale si colloca l’attività che gli sarà affidata.

Il tutor aziendale/di cooperativa è il riferimento per il tutor didattico – organizzativo, predisporre con lo stesso appositi incontri per analizzare e verificare e risolvere tutte le problematiche annesse alle vari fasi del progetto di tirocinio.)

Luogo..... lì ...../...../.....

Apporre Timbro del C.I.O.F. territoriale di competenza e firma per esteso leggibile del suo

Apporre Timbro Impresa cooperativa sociale tipo “b” e firma leggibile per esteso del suo legale rappresentante

(\*).....

Allegare fotocopia leggibile di un documento valido di riconoscimento.

(\*).....



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>43</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.4** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA DICHIARAZIONE SUL RISPETTO DEGLI AIUTI DI STATO IN REGIME DI DE MINIMIS”**

**N.B.:** scaricare il fac-simile in formato word dal sito: [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) -La dichiarazione è compilata (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....e barrare le caselle interessate) e rilasciata dal legale rappresentante beneficiario dei contributi a.2; c.2; a.4; c.4; b; che ne conserva agli atti una copia. L'originale, insieme alla domanda di contributo, è trasmesso alla R. Marche, entro novanta giorni dalla pubblicazione dell'Avviso pubblico sul B.U.R.M., pena inammissibilità della domanda)

Il sottoscritto ....., nato a ..... il ..... residente in: ....., in qualità di legale rappresentante  dell'impresa  della Coop.va Sociale di Tipo “b”(barrare la casella relativa e scrivere la ragione sociale per esteso) ..... con sede legale in (Città Via, N.C.)..... beneficiaria, in relazione all' Avviso Pubblico di cui al D.D.P.F n. ... del ....., di un aiuto pari ad Euro .....(scrivere l'importo pari alla somma dei contributi a.2; a.4; c.2; c.4 e b, richiesti nella domanda di ammissione a finanziamento contributi – prima pagina All A.1), consapevole delle norme che disciplinano il regime “de minimis” di cui al Reg. (CE) n. 1998/2006 del 15 dicembre 2006.

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sotto la propria responsabilità ed a conoscenza delle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

1. Che  l'impresa la  Coop. va Sociale Tipo “b” (*barrare la casella interessata tra i casi 1 o 2. nel caso 2 completare anche la relativa tabella*) rappresentata, ha titolo a ricevere l'erogazione del finanziamento/contributo di Euro .....non avendo ottenuto, nell'esercizio finanziario corrente e nei due esercizi finanziari precedenti, contributi pubblici percepiti in regime “de minimis”;

**o, in alternativa**

2.Che  l'impresa  la Coop.va Sociale di Tipo “b” ha titolo a ricevere l'erogazione del finanziamento/contributo di Euro ..... avendo ottenuto, nell'esercizio finanziario corrente e nei due esercizi finanziari precedenti, i contributi pubblici percepiti in regime “de minimis” riportati nella seguente tabella:

Riepilogo anni.....

Descrizione aiuto	Data concessione	Importo in Euro
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**TOTALE €.**

.....  
=====



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>44</b>
	Data:	

**SI IMPEGNA**

a comunicare gli eventuali aiuti ricevuti in data successiva alla presente dichiarazione e fino alla data di eventuale concessione dell'aiuto.

Ai sensi dell'art. 16 del D.P.R. n. 445/2000 e nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 (privacy) i dati personali riportati sulla presente dichiarazione sono relativi ad informazioni strettamente necessarie al conseguimento di finalità previste dalle vigenti normative.

Letto e sottoscritto

**Apporre Timbro**  
Impresa  
cooperativa sociale tipo "b"

Luogo..... lì ...../...../.....

(firma per esteso leggibile del legale rappresentante) .....

**N.B.:** la dichiarazione è presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante

**Note esplicative:**

Gli aiuti "de minimis" sono disciplinati dalla CE, con il proprio reg. (CE) n. 1998/2006 del 15 dicembre 2006, pubblicato sulla GUCE serie L.379/5 del 28/12/2006.

L'importo complessivo degli aiuti pubblici concessi ad una medesima impresa sotto forma di "de minimis" non può superare i 200.000,00 euro nell'arco di tre esercizi finanziari. Ai fini della determinazione dell'ammontare massimo di 200.000,00 euro devono essere presi in considerazione tutte le categorie di aiuti pubblici, indipendentemente dalla loro forma ed obiettivo qualificati come aiuti "de minimis";

L'importo complessivo degli aiuti pubblici concessi ad una medesima impresa sotto forma di "de minimis" non può superare i 200.000,00 euro nell'arco di tre esercizi finanziari. Ai fini della determinazione dell'ammontare massimo di 200.000,00 euro devono essere presi in considerazione tutte le categorie di aiuti pubblici, indipendentemente dalla loro forma ed obiettivo, qualificati come aiuti "de minimis"; il periodo di tre esercizi finanziari si riferisce all'esercizio finanziario corrente ed ai due esercizi finanziari precedenti. Il periodo di riferimento di tre anni ha carattere mobile, nel senso che, in caso di nuova concessione di un aiuto "de minimis", l'importo complessivo degli aiuti "de minimis" concessi nell'esercizio finanziario in questione nonché nei due esercizi finanziari precedenti deve essere ricalcolato.

L'aiuto si considera erogato - nel caso della formazione - nel momento in cui sorge per il beneficiario il diritto a ricevere l'aiuto stesso (atto di concessione) e non pregiudica la possibilità del beneficiario di ottenere altri aiuti, indipendentemente dalla loro forma ed obiettivo; gli aiuti pubblici da prendere in considerazione sono quelli concessi tanto dalle autorità comunitarie e nazionali, che regionali o locali.

Per le imprese attive nel settore del trasporto su strada, l'importo complessivo degli aiuti "de minimis" non deve superare gli 100.000,00 euro nell'arco di tre esercizi finanziari.

Qualora l'importo complessivo dell'aiuto concesso superi il massimale stabilito, tale importo di aiuto non può beneficiare dell'esenzione prevista dal Regolamento "de minimis", neppure per la parte che non superi detto massimale.

In caso di superamento della soglia di 200.000,00 euro (o 100.000,00 euro nei casi previsti), l'aiuto, se dichiarato incompatibile dalla Commissione Europea, dovrà essere restituito maggiorato degli interessi.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>45</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.5** dell'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n:..... del...../...../.....  
**"SCHEMA REGISTRO PRESENZE TIROCINIO FORMATIVO FINALIZZATO ALL'ASSUNZIONE DEL DISABILE"**

**NOTE:** Valido sia per le presenze del tirocinante che del tutor impresa/cooperativa - *Scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazioneelavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneelavoro.marche.it) - scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....* Tenere presso la sede di svolgimento tirocinio un registro originale per ogni disabile. **Entro dieci giorni dalla conclusione del tirocinio, l'impresa/cooperativa richiedente il contributo ne trasmette una copia al C.I.O.F. proponente e conserva agli atti l'originale.**

◆ **Nel frontespizio del registro sono obbligatori i seguenti dati compilati dal C.I.O.F. di competenza:**

Tirocinio svolto ai sensi del D.D.P.F.n. ....del ..... e convenzione del..... C.I.O.F. proponente:..... <b>Nome e Cognome del disabile tirocinante:</b> ..... Nato/a.....il..... Residente a .....Via..... Prov. ....Cap. .... <input type="checkbox"/> <b>Impresa</b> <input type="checkbox"/> <b>Cooperativa ospitante</b> (scrivere la completa ragione sociale)..... Sede del tirocinio (scrivere Città. Via, N.C. e C.A.P.)..... <b>Tutor aziendale</b> ..... <b>Tutor didattico organizzativo</b> ..... <b>Durata del tirocinio:</b> dal.....al..... <b>Modalità di svolgimento:</b> (indicare i giorni settimanali e gli orari giornalieri).....
---

◆ **I fogli di presenza mensile devono essere vidimati e numerati dal C.I.O.F. territoriale di competenza, prima dell'inizio del tirocinio e devono essere conformi a quelli sotto indicati:**

Compilare tanti fogli mensili pari al numero dei mesi di tirocinio indicati in convenzione e a progetto approvato E allegarli dietro al frontespizio registro sopra riportato.

**MESE DI.....ANNO.....**

gg/mese/ anno	MATTINO		FIRME TIROCINANTE E TUTOR	POMERIGGIO		FIRME TIROCINANTE E TUTOR
	Dalle ore	Alle ore		Dalle ore	Alle ore	
.....	.....	.....	Firma leggibile TIROCINANTE	.....	.....	Firma leggibile TIROCINANTE..
.....	.....	.....	Firma leggibile TUTOR	.....	.....	Firma leggibile TUTOR.....

Aggiungere tanti righe pari alle giornate di calendario mensili e **ANNULLARE** con doppia barratura le giornate di assenza.

**Totali ore mensili del tirocinante N.....**

**Totali ore mensili del tutor d'azienda/cooperativa N.....**

Firma leggibile del tutor d'azienda/cooperativa.....

Firma leggibile del tutor didattico organizzativo(\*).....

(\*) la firma equivale al controllo mensile e alla ratifica delle ore indicate dal tirocinante e dal tutor aziendale/di coop.va)



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>46</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.6** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA DICHIARAZIONE AVVENUTO TIROCINIO DELLA PERSONA DISABILE”**

**NOTE:** Vale solo per interventi a) oppure c) - scaricare lo schema in formato word dal sito [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) - È compilato (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....e barrare le caselle interessate) dalla persona disabile che ha concluso il tirocinio; predisporre un modello per ciascun disabile . L'impresa/cooperativa beneficiaria del contributo ne conserva agli atti una copia, trasmette con formale nota l'originale al C.I.O.F. di competenza entro dieci giorni dalla conclusione del tirocinio.

Il /la sottoscritto/a (nome e cognome).....Codice Fisc: .....

Nato/a a ..... il .....e residente in .....CAP.....

Via ..... N.C.:....., ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. Che nell'ambito del progetto d'inserimento lavorativo finanziato ai sensi dell'art. 26 della legge regionale 2/2005 “Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili”- Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n .....del..... e disciplinato dalla convenzione di tirocinio firmata in data ...../... /2..... dal C.I.O.F. di (indicare la denominazione del centro per l'Impiego, l'orientamento e la formazione).....e

dall'impresa  dalla cooperativa (scrivere la ragione sociale) .....ha **effettuato** in Via.....Città.....

**nel periodo dal ...../...../2.... al ...../.....2..... n. ore ..... di tirocinio,**  pari al 75%  superiori al 75% (barrare la casella relativa)delle ore complessive previste dal progetto approvato;

2. Che il totale di n° ore .....di tirocinio indicate al precedente punto 1, sono riscontrabili dalle firme apposte sul registro presenze tirocinio.

Luogo, .....li ...../...../.....

Firma (\*)

.....

(\*) *sottoscrizione per esteso e leggibile (sotto il nome e cognome scritto prima in stampatello) della persona disabile e presentazione congiunta della copia fotostatica di un documento riconoscimento in corso di validità.*



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>47</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.7** dell'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE CONTRIBUTO SULLA PRESTAZIONE DEL TUTOR INTERNO IMPRESA/COOPERATIVA”**

**NOTE:** scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it) **-Da compilare** (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....e barrare le caselle interessate) **solo per l'intervento a) oppure per l'intervento c): predisporre un modello per ciascun tutor. Qualora l'intervento sia rivolto a disabile psichico/intellettuale, predisporre tante dichiarazioni per ciascun soggetto assistito. L'impresa/cooperativa beneficiaria del contributo ne conserva agli atti una copia e trasmette con formale nota l'originale al C.I.O.F. di competenza entro dieci giorni dalla conclusione del tirocinio.**

Il sottoscritto (nome e cognome).....nato a ..... il ....., titolare o legale rappresentante  dell'impresa/  Cooperativa (indicare la ragione sociale).....con sede legale in:.....CAP:.....Via:.....N.C.:..... con riferimento al progetto d'inserimento lavorativo finanziato ai sensi dell'art. 26 della legge regionale 2/2005 “Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili”- Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n. ....del..... e disciplinato dalla convenzione di tirocinio firmata in data ...../.../2.....dal sottoscritto e dal C.I.O.F. di (indicare la denominazione del centro per l'Impiego, l'orientamento e la formazione).....ai Sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- Che il Sig...(\*)** ..... a seguito dell'incarico dal sottoscritto assegnato, **ha** come  dipendente/  socio  dell'impresa  della cooperativa da me rappresentata, **effettuato**, in Via.....N.C.....C.A.P. ....Città.....**nel periodo dal ...../...../.... al ...../...../.... n..... ore complessive di tutoraggio in affiancamento al disabile**(indicare nome e cognome) ..... Dette ore sono riscontrabili dalle firme apposte sul registro presenze conservato in originale presso il C.I.O.F. di.....che avvalendosi del tutor didattico organizzativo dopo apposito controllo ha ratificato il totale delle ore dal sottoscritto indicate nella presente dichiarazione;
- Che l'importo orario come da CCNL del Sig.(\*).....è pari ad €.....;
- Che il costo riconoscibile ai fini della determinazione del contributo, calcolato sulla base della retribuzione oraria del lavoratore interessato, maggiorata delle mensilità aggiuntive, del trattamento di fine rapporto e degli oneri previdenziali e assistenziali a carico del datore di lavoro ammonta ad €.....

Data e luogo

Firma (°)

...../...../.....

(\*) **indicare nome e cognome del tutor interno impresa/cooperativa)**

(°) **sottoscrizione per esteso e leggibile del nome e cognome del legale rappresentante impresa/cooperativa e presentazione congiunta della copia fotostatica di un suo documento di riconoscimento in corso di validità.**



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>48</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.8** dell'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA RELAZIONE FINALE TIROCINIO FORMATIVO FINALIZZATO ALL'ASSUNZIONE DEL DISABILE”**

**NOTE:** scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) - **Da compilare** (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....e barrare le caselle interessate) **solo per l'intervento a) oppure per l'intervento c) in forma congiunta dal tutor aziendale e dal tutor didattico organizzativo: predisporre un modello per ciascun disabile – L'originale è trasmesso dalla ditta/coop. va beneficiaria dei contributi, entro trenta giorni dalla conclusione del/i tirocinio/i sia alla Regione Marche sia al C.I.O.F. di competenza.**

Alla REGIONE MARCHE  
 Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro  
 P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive  
 Via Tiziano, 44 -60125 ANCONA

**RELAZIONE FINALE**

**dell'attività di tirocinio formativo finalizzato all'assunzione realizzata**, nell'ambito del progetto di inserimento lavorativo finanziato ai sensi dell'art. 26 della legge regionale 2/2005 “Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili”- Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del .....- Comunicazione di finanziamento Prot.n..... del ..... **presso** l'impresa la cooperativa sociale di tipo “b” beneficiaria: .....sita in..... Via..... N.C.....P. IVA ..... **dal disabile Sig.** (indicare Nome e Cognome) .....

◆ **Sezione A riferita al tirocinante:**

Illustrare dettagliatamente l'attività svolta dal disabile, indicando oltre la data inizio/fine tirocinio, le ore effettuate, anche se *gli obiettivi, sono stati raggiunti (totalmente o parzialmente) o non raggiunti (in tal caso specificare le motivazioni) con riferimento a quelli previsti* e indicati in sede di presentazione del progetto alla sezione 3 dell'Allegato A.2 del presente Avviso pubblico “Schema domanda ammissione a finanziamento contributo”) (aggiungere i righe ritenuti necessari).....

◆ **Sezione B riferita ai tutor aziendali e al tutor didattico organizzativo:**

Illustrare in dettaglio l'attività svolta dal tutor aziendale e dal tutor didattico organizzativo, indicando oltre la data inizio/fine della prestazione anche le ore effettuate. (aggiungere i righe ritenuti necessari).....

Luogo, .....li ...../...../.....

Firma del tutor aziendale (\*)

Firma del tutor didattico organizzativo (\*)

Apporre Timbro del  
C.I.O.F. territoriale  
di competenza

Apporre Timbro  
Impresa  
cooperativa sociale tipo “b” e

(\*) Per presa visione del responsabile C.I.O.F.

(\*)Per presa visione del legale rapp.te impresa/coop. va

(\*)scrivere nome e cognome in stampatello ed apporre firma leggibile per esteso.





Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>49</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.9** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA DICHIARAZIONE AVVENUTA ASSUNZIONE DELLA PERSONA DISABILE”**

**NOTE:** scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it) - **Da compilare** (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini .....e barrare le caselle interessate) **solo per interventi a) oppure interventi c) e solo in caso di assunzione** – **L'originale è trasmesso dalla ditta/cooperativa beneficiaria dei contributi, entro dieci giorni dall'assunzione del tirocinante sia alla Regione Marche sia al C.I.O.F. di competenza.**

Alla REGIONE MARCHE  
 Servizio Istruzione, Formazione e Lavoro  
 P.F. Servizi per l' Impiego e Mercato del Lavoro  
 Via Tiziano, 44  
 60125 ANCONA

Il/La Sottoscritto/a.....  
 Nato/a.....Prov.....il.....Residente a .....  
 Via.....N. C..... Prov.....in qualità di rappresentante  
 legale dell'impresa della cooperativa .....  
 con sede legale in .....Via..... operante nel  
 settore ..... codice ISTAT:.....  
 Codice Fiscale/P.IVA.....Tel.....e fax....., ai  
 sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle conseguenze e delle  
 sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni  
 non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

- Di aver assunto il/i disabile/i sotto indicato/i a tempo indeterminato** nelle date di seguito specificate:
- Cognome nome del disabile.....  
*data assunzione* ..... a tempo parziale x ore.....su complessive ore .....a tempo pieno  
 per ore..... a seguito del tirocinio iniziato il.....e terminato il .....
  - Cognome nome del disabile.....  
*data assunzione* ..... a tempo parziale x ore.....su complessive ore .....a tempo pieno  
 per ore..... a seguito del tirocinio iniziato il.....e terminato il .....
  - Cognome nome del disabile.....  
*data assunzione* ..... a tempo parziale x ore.....su complessive ore .....a tempo pieno  
 per ore..... a seguito del tirocinio iniziato il.....e terminato il .....

Luogo, .....li ...../...../.....

**Timbro Impresa cooperativa**  
 Firma del legale rappresentante (\*)

.....

(\*)scrivere nome e cognome in stampatello ed apporre firma leggibile per esteso, inoltre allegare fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>50</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.10** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA POLIZZA FIDEJUSSORIA A GARANZIA DEI CONTRIBUTI a.4 e c.4”**

**NOTE:** scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) - (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini ... e barrare le caselle interessate)- **stipulare con la stessa data di assunzione una polizza per ogni singolo disabile e poi trasmetterla** a cura del Legale Rappresentante dell'impresa/coop. va beneficiaria dei contributi con racc. A/R alla Regione Marche entro trenta giorni dall'assunzione dell/i tirocinante/i.

### PREMESSO

- che la Regione Marche - P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi Occupazionali e produttive (di seguito denominata "Amministrazione"), con D.D.P.F. n..... del ..... ha emanato Avviso pubblico ad oggetto: concessione di contributi pari a € 652.000,00 mediante utilizzo del fondo regionale per l'occupazione dei disabili, relativi agli interventi di cui all'art. 26 della L.R. 25 gennaio 2005;
- che l'Amministrazione con Decreto D.D.P.F. n..... del ..... ha ammesso a finanziamento ed impegnato i contributi per la realizzazione di progetti di tirocinio finalizzati all'inserimento lavorativo di persone disabili, tra cui è ricompreso il contributo € a.4 oppure € c.4 (barrare la casella interessata) pari ad Euro..... (scrivere sia l'importo in cifre che in lettere), in favore dell'impresa Cooperativa sociale di tipo "b" ..... (di seguito denominata "Contraente")C.F./P.IVA .....- con sede legale in ..... Via .....N.C.....
- che l'Avviso pubblico di cui al richiamato D.D.P.F. n..... del ....., entro il trentesimo giorno successivo alla data di assunzione del/dei disabile/i che ha/hanno realizzato il/i tirocinio/i finalizzato/i al suo/loro inserimento lavorativo, obbliga l'impresa/cooperativa sociale di tipo "b" a presentare all'Amministrazione una polizza fideiussoria a garanzia dei contributi a.4 e c.4;
- che l'importo da garantire con la presente polizza è di € euro....., (importo in lettere) pari al contributo che sarà erogato dall'Amministrazione per l'avvenuta assunzione a tempo indeterminato di: (scrivere cognome e nome della persona disabile assunta.....)

### TUTTO CIO' PREMESSO

**- (se il soggetto fideiussore è una Banca)**

La sottoscritta Banca ....., con sede legale in ....., iscritta nel registro delle imprese di ..... al n. ...., C.F./P.IVA ....., in seguito denominata "Banca", a mezzo del suo legale rappresentante, nato a ..... il ....., nella sua qualità di ....., con il presente atto dichiara irrevocabilmente di costituirsi soggetto fideiussore nell'interesse dell'impresa/cooperativa "contraente" sopra riportata e, rappresentata dal Sig/ra.....nato a .....residente a .....in Via.....N.C..... ed a favore dell'"Amministrazione" come sopra indicata, fino alla concorrenza di Euro ..... (scrivere sia l'importo in cifre che in lettere), oltre quanto più avanti specificato.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>51</b>
	Data:	

**- (se il soggetto fideiussore è una Compagnia Assicuratrice)**

La sottoscritta Compagnia Assicuratrice ....., con sede legale in \_\_\_\_\_, iscritta nel registro delle imprese di ..... al n....., C.F./P.IVA ..... in seguito denominata “Società”, autorizzata dal Ministero delle Attività Produttive (già Ministero dell’Industria, del Commercio e dell’Artigianato) ad esercitare le assicurazioni nel ramo cauzioni con Decreto del ....., pubblicato sulla G.U. n. .... del ....., e in regola con il disposto della legge 10 giugno 1982 n. 348 e D.L. 385/93., domiciliata presso....., a mezzo del suo legale rappresentante ..... nato a ..... il ..... nella sua qualità di Agente Generale Procuratore dichiara irrevocabilmente di costituirsi soggetto fideiussore nell’interesse del “contraente”..... (C.F./P.IVA.....) con sede legale in ..... Via ..... ed a favore dell’Amministrazione come sopra indicata, fino alla concorrenza di Euro \_\_\_\_\_ (importo in lettere), oltre a quanto più avanti specificato.

**CONDIZIONI CHE REGOLANO IL RAPPORTO TRA LA BANCA/SOCIETA’ E L’AMMINISTRAZIONE REGIONALE**

La Banca/Compagnia Assicuratrice sottoscritta, rappresentata come sopra:

1. Garantisce e si obbliga irrevocabilmente e incondizionatamente a pagare alla Regione Marche sino alla concorrenza di Euro ..... (scrivere importo in cifre e in lettere), con sede in Ancona, la somma che la stessa Regione richiederà alla ..... (Banca o Società Assicuratrice) in restituzione dell’importo concesso agli effetti e per l’esatto adempimento delle obbligazioni assunte dal contraente, in dipendenza del finanziamento di cui in premessa. L’ammontare del rimborso sarà automaticamente maggiorato degli interessi legali decorrenti dal sedicesimo giorno successivo alla ricezione della richiesta di rimborso;
2. S’impegna a effettuare il rimborso a prima e semplice richiesta scritta a mezzo lettera raccomandata A/R., e, comunque, non oltre quindici giorni dalla ricezione della richiesta stessa, formulata con l’indicazione della motivazione riscontrata da parte dell’Amministrazione, alla quale, peraltro, non potrà essere opposta alcuna eccezione da parte della Banca/Società stessa, anche nell’eventualità di opposizione proposta da parte della dell’impresa/Cooperativa sociale di tipo “b”.....(C.F./P.IVA.....) con sede legale in ..... Via ..... o da altri soggetti comunque interessati ed anche nel caso che /Cooperativa sociale di tipo “b” ..... (C.F./P.IVA .....)sia dichiarata nel frattempo fallita ovvero sottoposta a procedure concorsuali o posta in liquidazione;
3. Precisa che la presente garanzia fideiussoria ha efficacia (a partire dal momento del rilascio-di norma coincidente con la data di assunzione del disabile) per diciotto mesi, ovvero dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / ed è soggetta a svincolo da parte della Regione Marche;
4. Prende atto che lo svincolo della presente polizza fideiussoria sarà fatto dall’Amministrazione su richiesta dell’impresa/cooperativa contraente;
5. 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;



Luogo di emissione	Numero:	Pag.
Ancona	Data:	<b>52</b>

6. Conviene espressamente che la presente garanzia fideiussoria s'intenderà tacitamente accettata dall'*Amministrazione*, qualora, nel termine di quindici giorni dalla data di ricevimento, non sia comunicato alla Banca/Società di assicurazione che la garanzia fideiussoria non è ritenuta valida;
7. In caso di controversie tra la ..... (Banca o Società Assicuratrice) e la Regione Marche è competente il Foro di Ancona.

Luogo, .....li ...../...../.....

(Banca/Società Assicuratrice)

(Il contraente)

(\*).....

(\*).....

**NOTE:**

- La predetta garanzia fideiussoria può essere prestate dalle banche, dalle imprese di assicurazioni indicate dalla legge 10.06.1982 n. 348, e dagli intermediari finanziari iscritti nell'elenco speciale previsto dall'art. 107 del decreto legislativo 1.09.1993 n. 385. Per verificare detta abilitazione si può andare sul sito di Banca Italia, dove sono riportati gli elenchi dove sono iscritte banche ed assicurazioni.
- (\*) I soggetti firmatari della polizza fideiussoria ("Banca/Società Assicuratrice" e "contraente") devono allegare alla medesima apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (completa di copia fotostatica di valido documento di riconoscimento) con il quale dichiarano di avere i poteri necessari per la firma indicando gli estremi dell'atto che gli hanno conferito i poteri.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>53</b>
	Data:	

**ALLEGATO A. 11** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA DICHIARAZIONE TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI “-art.3, legge**  
 13/08/2010 n,136, come modificata dal decreto legge 12/11/2010, n.187 convertito in legge, con modificazioni dalla legge  
 17/12/2010, n.217-

**NOTE:** Vale per tutti gli interventi - scaricare lo schema in formato word dal sito:  
[www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) - È compilato (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini  
 ... e barrare le caselle interessate ) dal legale rappresentante beneficiario dei contributi e dallo stesso inviato  
 con Racc. A/R alla Regione Marche dopo la conclusione degli interventi unitamente alla richiesta di erogazione  
 contributi.

Il sottoscritto contraente..... nato a  
 ..... il ..... e residente nel comune di  
 .....(.....),Via .....n..... in  
 qualità di Presidente e legale rappresentante della ditta coop.va sociale di tipo “b” (scrivere la ragione  
 sociale completa)..... con sede legale nel Comune di  
 .....(.....),Via .....n.....  
 P.IVA ....., consapevole delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dalla  
 legge 136/2010, si obbliga agli adempimenti che garantiscono la tracciabilità dei flussi finanziari. In  
 particolare, a norma dell’art.3 coma 7 della citata legge, così come modificato dal D.L. 187/2010,  
 convertito in Legge 217 del 2010,

**DICHIARA**

Che il conto corrente dedicato su cui la Regione Marche Giunta Regionale potrà fare gli accrediti relativi  
 ai contributi previsti dall’Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n. .... del ..... mediante  
 utilizzo del fondo regionale per l’occupazione dei disabili è il seguente:

Banca: .....

Agenzia di: .....

**CODICE IBAN:** .....

la persona delegata a operare sul conto stesso è:

.....C.F.....

Luogo,..... lì ...../...../.....

Apporre Timbro Impresa oppure timbro cooperativa sociale tipo “b” e firma per esteso leggibile del legale rappresentante
--

**N.B.** la dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento valido di riconoscimento del  
 sottoscrittore.



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>54</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.12** dell' Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“SCHEMA DICHIARAZIONE ASL ATTESTANTE LE CONDIZIONI DI SALUTE PSICO-FISICA CHE RENDONO NECESSARIA L'ASSUNZIONE A TEMPO PARZIALE DELLA PERSONA DISABILE”**

**NOTE:** *scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it) - **Da compilare** (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini ..... ) **solo per interventi a) oppure c) e solo in caso di assunzione** – *l'originale è trasmesso dalla ditta/cooperativa beneficiaria dei contributi, entro dieci giorni dall'assunzione del tirocinante sia alla Regione Marche sia al C.I.O.F. di competenza.**

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra (scrivere nome e cognome del tirocinante)

.....C.F.....

nato/a a ..... il ....., residente a

.....Via .....n.....

in ragione delle condizioni di salute psico-fisica, necessita di un'assunzione a tempo parziale anziché a tempo pieno.



Il/La responsabile (\*)

.....

(\*)scrivere nome e cognome in stampatello ed apporre firma leggibile per esteso

Luogo, li .....



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>55</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.13** dell' Avviso pubblico al D.D.P.F. n..... del...../...../.....  
**“ SCHEMA MODELLO DICHIARAZIONE DELLE COMPETENZE ”**

**NOTE:** scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it) - **Deve essere compilato** (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini ..... ) **solo per gli interventi a) oppure c)** al termine del tirocinio dal C.I.O.F. territoriale di competenza in collaborazione con il tutor didattico organizzativo e il tutor aziendale. **È rilasciato dallo stesso C.I.O.F. con contestuale comunicazione alla Regione Marche entro trenta giorni dal termine del tirocinio al disabile che firma per ricevuta.**

ENTE PROMOTORE (Logo)

In attuazione dell'art. 18 della Legge 196/1997 (Decreto Ministeriale del 25/03/98 n. 142)

**RILASCIATO A** (scrivere nome e cognome del tirocinante)

.....C. Fiscale.....

Nato/a a.....il .....

**AZIENDA/COOPERATIVA OSPITANTE** (scrivere la completa ragione sociale)

.....

Sede Legale (scrivere la Via, il N.C., il CAP e la città).....

.....

**Sede Tirocinio** (scrivere Via, il N.C., il CAP e la città).....

.....

**Il Tutor aziendale**

(Relativamente alle competenze acquisite)

**Il tutor didattico**

(Relativamente alla conformità con il progetto)

(\*).....

(\*).....

(\*)scrivere nome e cognome in stampatello ed apporre firma leggibile per esteso.

L'Ente Promotore

.....

Luogo, .....li .....

Prot. N. ....



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>56</b>
	Data:	

**1. OBIETTIVI SPECIFICI DELL'ATTIVITA' DI TIROCINIO**

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

.....

.....

.....

.....

**2. AREA D'INSERIMENTO AZIENDALE/COOPERATIVA**

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

**3. PROFILO PROFESSIONALE DEL TIROCINANTE**

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

**4. CONTENUTI DEL PROFILO PROFESSIONALE**

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

**5. PERIODO E DURATA DEL TIROCINIO**

Periodo di effettuazione dal ..... al .....

Durata complessiva espressa in ore .....

**6. ATTIVITA'**

Attività specifiche del tirocinio:

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....





Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>57</b>
	Data:	

## 7. **COMPETENZE SPECIFICHE OGGETTO DEL TIROCINIO**

### ***Di base***

Specificare le competenze di base sviluppate durante il percorso di tirocinio suddivise in aree di attività.

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

### ***Tecnico Professionali***

Specificare le competenze Tecnico Professionali sviluppate durante il percorso di tirocinio suddivise in aree di attività.

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

### ***Trasversali***

Specificare le competenze Trasversali sviluppate durante il percorso di tirocinio suddivise in aree di attività.

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

## 8. **OSSERVAZIONI INTEGRATIVE**

(aggiungere i righi ritenuti necessari).....

.....



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>58</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.14** dell'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F n..... del...../...../.....  
"SCHEMA MODELLO MONITORAGGIO ASSUNZIONE PERSONA DISABILE"

**NOTE:** scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazioneilavoro.marche.it) **Deve essere compilato** (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini ... e barrare le caselle interessate) **un singolo modello per ogni persona disabile assunta per cui sono stati richiesti i contributi a.4 o c.4. E' trasmesso IN ORIGINALE sia al C.I.O.F. che alla Regione Marche con Racc. A/R dalla ditta/coop. va beneficiaria del contributo entro il decimo giorno successivo al verificarsi di eventuali riduzioni di orario, dimissioni e/o licenziamenti dei lavoratori disabili e al compimento del diciottesimo mese dall'assunzione.**

Alla REGIONE MARCHE  
Servizio Industria Artigianato Istruzione Formazione Lavoro  
P.F. Servizi per l'Impiego, Mercato del Lavoro, Crisi occupazionali e produttive  
Via Tiziano, 44  
60125 ANCONA

**Il sottoscritto** ..... nato a..... il.....  
residente in ....., Via .....,  
**legale rappresentante** (barrare la casella corrispondente) dell'Impresa della Cooperativa (scrivere la ragione sociale per esteso)..... con sede legale in ....., Via.....operante nel settore..... codice Istat..... codice fiscale ..... Partita IVA..... ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

1. **Che il Sig./ra** (scrivere il Cognome nome del disabile assunto).....

**1.1** ha iniziato il tirocinio in data .....e lo ha terminato in data... .. ;

**1.2** è stato assunto dall' impresa oppure dalla cooperativa (scrivere la ragione sociale per esteso).....dal sottoscritto rappresentata in data..... con contratto a tempo indeterminato e con la qualifica di ....., con un orario settimanale di ore ..... su complessive ore .....

**1.3** si trova alla data della presente dichiarazione nello stato lavorativo di seguito indicato:

(a secondo dei casi interessati barrare la casella A oppure la casella B)

A) E' dipendente a tempo indeterminato c/o impresa oppure la cooperativa (scrivere la ragione sociale per steso).....dal sottoscritto rappresentata e, per effetto della riduzione settimanale di orario pari ad ore....., avvenuta in data ....., effettua un orario settimanale di n. ore..... su complessive ore .....



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>59</b>
	Data:	

B) Non è più alle dipendenze del sottoscritto dal giorno ..... per effetto della risoluzione anticipata del rapporto di lavoro avvenuta a seguito di: (barrare la casella interessata tra le sottostanti elencate)

Dimissioni volontarie del lavoratore disabile

Licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo

Licenziamento per ragioni diverse dalla giusta causa o giustificato motivo soggettivo

Altro .....(specificare la motivazione)

Luogo, lì .....

<b>Apporre Timbro</b> Impresa Oppure il timbro cooperativa sociale tipo "b"
--

(\*).....

**Note:**

(\*) scrivere nome e cognome in stampatello e apporre la firma leggibile per esteso del legale rappresentante, inoltre **allegare fotocopia leggibile di un documento di riconoscimento in corso di validità.**



Luogo di emissione  Ancona	Numero:	Pag.  <b>60</b>
	Data:	

**ALLEGATO A.15** dell'Avviso pubblico di cui al D.D.P.F. n..... del...../...../.....

**“SCHEMA DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE C.I.O.F. INERENTE I DATI SENSIBILI DELLE PERSONE DISABILI DESTINATARIE DEGLI INTERVENTI”**

**NOTE:** *Dichiarazione obbligatoria per tutti i tipi d'intervento messi a bando. Compilare una dichiarazione per ogni persona disabile. Scaricare lo schema in formato word dal sito: [www.istruzioneformazione lavoro.marche.it](http://www.istruzioneformazione lavoro.marche.it) -Compilare (scrivere le informazioni richieste al posto dei puntini ... e barrare le caselle interessate) e spedire con Racc. A.R. a cura del C.I.O.F. all'Amministrazione regionale entro sette giorni dalla richiesta.*

Il sottoscritto (scrivere nome e cognome del responsabile del C.I.O.F. territoriale di competenza).....  
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, *dichiara che, alla data di pubblicazione del BURM di cui al D.D.P.F. n..... del .....il/la Sig./ra* (Nome e Cognome della persona destinataria dell'intervento)  
..... Nato/a ..... Prov.....  
il..... Cod. Fiscale.....residente a..... Prov. .... Via/Piazza.....N.C.....

1. **E' destinatario dell'intervento** (barrare la casella interessata) a) b) c) ***che deve essere realizzato dall'impresa coop.va sociale di tipo"b"*** (barrare la casella interessata e scrivere la completa ragione sociale)
2. **Possiede una percentuale di riduzione lavorativa pari al.....% relativa ad handicap:** (barrare la casella interessata)
- Fisico  Intellettivo  Psicico  sensoriale

- 2.**Si trova nella seguente condizione occupazionale** (barrare le caselle interessate)
- **disoccupato o inoccupato da:** (barrare la casella interessata solo per i progetti di tirocinio)
- oltre 24 mesi  da 12 a 24 mesi  da 6 a 12 mesi  da meno di 6 mesi
- **Occupato a tempo indeterminato** dal .....(°°)

3. **E' in possesso del seguente titolo di studio:** .....

Luogo ..... lì ...../...../.....

Apporre Timbro del C.I.O.F. territoriale di competenza.
---

(\*).....

Note:  
**La documentazione che si riferisce alle sopra riportate dichiarazioni 1-2-3 è conservata agli atti del C.I.O.F. territoriale di competenza.**  
(°°)barrare la casella e scrivere la data di assunzione a tempo indeterminato solo se si presenta domanda sull'intervento b)  
(\*). Scrivere nome e cognome in stampatello del responsabile del C.I.O.F. territoriale di competenza, apporre firma leggibile per esteso e allegare fotocopia leggibile di un documento di riconoscimento in corso di validità.