

Spett.le
CONFESERCENTI

Oggetto: Domanda di adesione ALL’AVVISO PER LA CONCESSIONE DI AIUTI ALLE AZIENDE PER LA REALIZZAZIONE DI MISURE DI WELFARE AZIENDALE E DI CONCILIAZIONE “Welfare e work life balance nella vita quotidiana delle aziende, delle lavoratrici, dei lavoratori e delle loro famiglie”. Linea C – “Conciliazione” Operazione a valere su risorse del POR FSE 2014-2020 **Richiesta VOUCHER CUP E29D16002730009 CLP 1001021821WC170002 Progetto Simple Job Simple Life**

la sottoscritta				
	(cognome)		(nome)	
nata a		il		
	(comune di nascita – se nata all’estero: specificare Stato)	(prov.)	(gg/mm/aa)	
residente a				
	(comune di residenza)		(prov.)	
			n°	
	(via, piazza, contrada, località, ecc.)		(num. civico)	
Codice Avviamento Postale		Codice Fiscale		
telefono:	fax:	cellulare:		
e-mail:				

Dati Aziendali

Ragione sociale				
Partita IVA				
Sede				n°
Telefono:	fax:	cellulare:		

DICHIARA

- **Di essere** iscritta alla CONFESERCENTI prov.le di _____ ;
- di **essere in possesso** dei requisiti previsti dal bando in quanto imprenditrice/socia lavoratrice che si trova in una delle situazioni di seguito specificate:
 - ha figli a carico fino a 15 anni (compresi i minori adottati o affidati conviventi);
 - si trova nella condizione di dover assistere persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i

65 anni di età, oppure siano anche essi stessi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (ex L. 104/1992 art.ii 3 e 33);

- si trova nella condizione di dover richiedere un servizio di sostituzione per esigenze di maternità e/o a fronte di necessità legate a responsabilità di cure,

CHIEDE

di aderire ad una delle seguenti azioni previste dall'avviso secondo lo schema che segue (barrare la casella di interesse):

:

- voucher per l'acquisto di servizi di cura, educativi e di accompagnamento per figli fino a 15 anni:** frequenza a servizi pubblici e privati autorizzati/accreditati (asili nido, scuole materne, baby parking, baby sitting, ludoteche, servizi preposti nell'ambito delle attività estive pre-post scuola, centri diurni aggregativi ed educativi, vacanza studio); - servizi di trasporto e accompagnamento per il figlio minore per attività post scolastiche fino a 15 anni di età e servizi di trasporto per cure; **importo voucher € 1.000,00**
- voucher per l'acquisto di servizi di assistenza per anziani non autosufficienti: assistenza domiciliare,** ad esclusione dei servizi già a carico della spesa pubblica; frequenza presso i Centri diurni integrati per anziani; - frequenza presso le strutture per la riabilitazione autorizzate/accreditate; **importo voucher € 1.000,00**
- voucher per l'acquisto di servizi di assistenza per persone disabili:** assistenza domiciliare, ad esclusione dei servizi già a carico della spesa pubblica; - frequenza a Centri di accoglienza diurna; attività associative presso strutture autorizzate/accreditate; **importo voucher € 1.000,00**
- Contributo per la sostituzione** per esigenze di maternità e/o a fronte di necessità legate a responsabilità di cura; **importo voucher € 3.500,00.**

_____ lì _____

La Sottoscritta

Spett.le
CONFESERCENTI

Oggetto: **AVVISO PER LA CONCESSIONE DI AIUTI ALLE AZIENDE PER LA REALIZZAZIONE DI MISURE DI WELFARE AZIENDALE E DI CONCILIAZIONE “Welfare e work life balance nella vita quotidiana delle aziende, delle lavoratrici, dei lavoratori e delle loro famiglie. Operazione a valere su risorse del PO FSE 2014-2020, CUP: E29D16002730009. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di certificazione e atto notorio ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

la sottoscritta					
		(cognome)		(nome)	
nata a		il			
(comune di nascita – se nata all'estero: specificare Stato)		(prov.)		(gg/mm/aa)	
residente a					
(comune di residenza)			(prov.)		
				n°	
(via, piazza, contrada, località, ecc.)				(num. civico)	
Codice Avviamento Postale			Codice Fiscale		
telefono:	fax:	cellulare:			
e-mail:					

DICHIARA

ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi ed uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 D.P.R. n.445/2000, e consapevole che la falsa dichiarazione comporta la decadenza dai benefici, ai sensi dell'art.75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

- Di essere iscritta alla CONFESERCENTI prov.le di _____;
- di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando in quanto imprenditrice/socia lavoratrice e/o collaboratrice che si trova in una delle situazioni di seguito specificate:
 - ha figli a carico fino a 15 anni (compresi i minori adottati o affidati conviventi);
 - si trova nella condizione di dover assistere persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano anche essi stessi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (ex L. 104/1992 art.ii 3 e 33);
 - si trova nella condizione di dover richiedere un servizio di sostituzione per esigenze di maternità e/o a fronte di necessità legate a responsabilità di cure,
- di avere sede operativa in Sardegna;
- essere a conoscenza e di accettare, integralmente e senza riserva alcuna tutte le clausole, prescrizioni obbligazioni, termini e condizioni contenuti nel Bando “Welfare e work life balance nella vita quotidiana delle aziende, delle lavoratrici, dei lavoratori e delle loro famiglie” (di seguito “Bando”);
- che l'impresa/beneficiario richiedente, alla data di presentazione della presente domanda, è in possesso dei requisiti richiesti dal Bando;
- che l'impresa richiedente, sia iscritta e attiva al Registro Imprese della Camera di Commercio

territorialmente competente, ovvero con richiesta di iscrizione già presentata al Registro delle Imprese e in corso di registrazione da parte della competente Camera di Commercio;

- che l'impresa richiedente sia in regola con il pagamento del diritto camerale annuale;
- che l'impresa richiedente non è in stato di liquidazione e non è sottoposta a procedura concorsuale, non si trova in stato di fallimento, di liquidazione anche volontaria, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la normativa vigente;
- che l'impresa richiedente, alla data di presentazione della presente domanda, non è in difficoltà ai sensi di quanto previsto dalla normativa comunitaria in materia di aiuti di Stato - Reg.to (CE) n. 1998/2006;
- che i dati dell'impresa richiedente riportati nel modulo di domanda (all. 1) corrispondono a verità;
- che per la richiesta di contributo oggetto della presente domanda non sono stati ottenuti, nè verranno richieste, altre agevolazioni pubbliche concesse per le medesime spese, ivi incluse quelle concesse a titolo "de minimis", secondo quanto previsto dal Regolamento (CE) n. 1998/2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 28 dicembre 2006 L379;
- di avere un reddito ISEE relativo al 2017 non superiore a 30.000 euro.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati raccolti saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e dal GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data, luogo

firma della richiedente

All.3 Richiesta rimborso voucher

Spett.le
CONFESERCENTI

Oggetto: AVVISO PER LA CONCESSIONE DI AIUTI ALLE AZIENDE PER LA REALIZZAZIONE DI MISURE DI WELFARE AZIENDALE E DI CONCILIAZIONE "Welfare e work life balance nella vita quotidiana delle aziende, delle lavoratrici, dei lavoratori e delle loro famiglie. Operazione a valere su risorse del PO FSE 2014-2020, CUP: E29D16002730009. CLP 1001021821WC170002 RICHIESTA RIMBORSO VOUCHER.

la sottoscritta			
		(cognome)	(nome)
nata a		il	
(comune di nascita – se nata all'estero: specificare Stato)		(prov.)	(gg/mm/aa)
residente a			
(comune di residenza)		(prov.)	
		n°	
(via, piazza, contrada, località, ecc.)		(num. civico)	
Codice Avviamento Postale		Codice Fiscale	
telefono:	fax:	cellulare:	
e-mail:			

Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del d.p.r. 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 d.p.r. 445/2000

CHIEDE

il riconoscimento di €. _____ per i servizi di cui alla domanda presentata in data _____:

mediante accredito sul seguente c/c a me intestato presso la Banca

_____ di _____ IBAN _____

DICHIARA

- che l'importo richiesto è riferito ai seguenti servizi di cui ho usufruito:

Servizio: _____	Importo: _____

- che la relativa documentazione giustificativa viene allegata alla presente richiesta;
- di non aver usufruito di ulteriori contributi comunitari, nazionali, regionali o locali, per gli stessi servizi.
- di non aver usufruito per le medesime spese del voucher previsto della legge n. 92 del 28 giugno 2012 (cd. Voucher riforma Fornero)

A tal fine Allego

- n _____ fatture e/o documenti contabili equivalenti;
- n _____ bonifici attestanti l'avvenuto pagamento dei servizi.

LUOGO e DATA

La sottoscritta

**Dichiarazione sostitutiva per la concessione di Aiuti in «de minimis»,
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445**

Alla CONFESERCENTI SARDEGNA
Via CAVALCANTI, 32
09128 Cagliari
segreteria@confesercentisardegna.it

Welfare e work life balance nella vita quotidiana delle aziende, delle lavoratrici, dei lavoratori e delle loro famiglie. Linea C – “Conciliazione” Operazione a valere su risorse del PO FSE 2014-2020, CUP E29D16002730009 - **CLP 1001021821WC170002 – Progetto Simple Job Simple Life**

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente in _____ nr. _____
Cap _____ Comune _____ Prov. _____
C.F. _____ Partita I.V.A. _____
Telefono fisso _____ Cellulare _____
E-mail _____

- in relazione a quanto previsto dall'Avviso pubblico *“WELFARE E WORK LIFE BALANCE NELLA VITA QUOTIDIANA DELLE AZIENDE, DEI LAVORATORI E DELLE LORO FAMIGLIE”* per la concessione di aiuti alle aziende e contributi agli Ordini professionali e alle Associazioni di rappresentanza dei liberi professionisti e dei lavoratori autonomi per la realizzazione di misure di welfare aziendale e di conciliazione. Linea C)- PO FSE 2014 - 2020 Regione Autonoma della Sardegna Asse I Occupazione – Azioni 8.2.1. e 8.2.4.;

- nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) N. 1407/2013 della Commissione del 18 dicembre 2013 relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea agli aiuti “de minimis”, pubblicato sulla GUUE Serie L 352 del 24 dicembre 2013;

- ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76, consapevole altresì che, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, l'impresa sopra indicata decadrà dai benefici per i quali la stessa dichiarazione è rilasciata

DICHIARA CHE

- alla richiedente NON E' STATO CONCESSO nell'esercizio finanziario corrente e nei due esercizi finanziari precedenti alcun Aiuto «de minimis»,
- alla richiedente SONO STATI CONCESSI nell'esercizio finanziario corrente e nei due esercizi finanziari precedenti i seguenti Aiuti «de minimis»,

- a) euro . _____ in data _____ concesso da _____
- b) euro . _____ in data _____ concesso da _____
- c) euro . _____ in data _____ concesso da _____
- d) euro . _____ in data _____ concesso da _____

Specificare di cui una quota imputabile all'attività di trasporto merci su strada per conto terzi :

- a) euro . _____
- b) euro . _____
- c) euro . _____
- d) euro . _____

SI IMPEGNA

a comunicare, in relazione ai contributi de minimis concessi, qualunque variazione intervenuta tra la data della presente domanda e la data di concessione dell'aiuto.

DICHIARA

di non aver ricevuto altri aiuti sugli stessi costi ammissibili.

AUTORIZZA

la Confesercenti Sardegna al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti con la presente dichiarazione, per finalità gestionali e statistiche, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e della riservatezza e ai sensi dell'articolo 38 del citato DPR n. 445/2000 allegando alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un documento di identità.

Luogo e data

Firma del richiedente
