

*Dipartimento Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università*

**Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020**

**Piano Operativo 2016- 2018**

**“Intervento 4 -Garanzia Over”**

**ALLEGATO B**

**ATTO DI IMPEGNO**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 Impresa/Datore di lavoro | 🞏 APL/CPI |
| *barrare la/le caselle interessate e compilare le sezioni corrispondenti*  |

1. **ATTO DI IMPEGNO IMPRESA/DATORE DI LAVORO**

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data e luogo di nascita: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov.( )

Codice fiscale personale: \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

in qualità di Rappresentante legale/titolare dell’IMPRESA/DATORE DI LAVORO

avente la seguente denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale e Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità penale a 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 d.p.r., 28-12-2000, nr. 445,

**S I I M P E G N A**

1. a garantire il mantenimento dell’assunzione disposta con l’Avviso “Garanzia Over” per almeno 24 mesi decorrenti dalla data di assunzione;
2. ad assicurare il mantenimento per i successivi 24 mesi decorrenti dalla data di assunzione dei livelli occupazionali in termini assoluti (Unità lavorative ≥ 0,50) rispetto alla forza lavoro con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato alla data del 30 settembre 2016, fatta eccezione per posti occupati resisi vacanti in seguito a decesso, invalidità, pensionamento, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa;
3. a garantire il rispetto degli obblighi retributivi, contributivi ed assicurativi previsti dal C.C.N.L. di riferimento vigente;
4. a garantire il rispetto di quanto previsto dalle vigenti Linee guida regionali per la gestione dell’eventuale Tirocinio extracurriculare ai sensi della DGR 4 novembre2014 n.704 e s.m;
5. a comunicare entro i tempi previsti dall’Avviso alla Regione Abruzzo – Dipartimento Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca ed Università l’assunzione e a trasmettere tutta la documentazione e le informazioni previste dall’Avviso per beneficiare dell’incentivo all’assunzione;
6. a comunicare tempestivamente alla Regione Abruzzo – Dipartimento Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca ed Università, eventuali variazioni connesse al presente Intervento;
7. a confermare o aggiornare i dati inerenti l’importo totale degli aiuti, relativamente al momento della concessione dell’incentivo, ai sensi dell’art.4 del Reg.(UE) n.1407/2013, *(solo se impresa);*
8. a conservare in originale o su supporti comunemente accettati la documentazione amministrativa e contabile riferita all’attività in base alle normative vigenti e per il periodo previsto dall’art. 2220 del Codice Civile e metterla a disposizione degli uffici competenti ad esercitare l’attività di controllo;
9. a rispettare gli adempimenti previsti dall’Avviso, dalle disposizioni regionali in materia di attuazione operativa degli interventi relativi al FSE e dalla normativa in materia.

**A U T O R I Z Z A**

in conformità al D.Lgs., 30-06-2003, nr. 196, la Regione Abruzzo – Dipartimento Sviluppo economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca ed Università al trattamento dei dati resi nella presente domanda.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Rappresentante legale/titolare dell’IMPRESA / DATORE DI LAVORO

Si allega copia fotostatica fronte retro di un valido documento di riconoscimento del Rappresentante legale/titolare dell’IMPRESA / DATORE DI LAVORO: Tipo di documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con scadenza il \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_\_

1. **ATTO DI IMPEGNO APL/CPI**

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data e luogo di nascita: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov.( )

Codice fiscale personale: \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

in qualità di Rappresentante legale (*nel caso di APL Legale rappresentante o altra persona munita di delega; nel caso di CPI Responsabile del CPI)* di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ragione sociale/ denominazione)

Codice fiscale e Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice di Accreditamento APL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità penale a 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 d.p.r., 28-12-2000, nr. 445,

**S I I M P E G N A**

* a realizzare le attività conformemente alle disposizioni dell’Avviso;
* a rispettare gli adempimenti previsti dalle disposizioni regionali in materia di attuazione operativa degli interventi relativi al FSE e dalla normativa in materia;
* a pubblicizzare adeguatamente le attività e a dare la necessaria conoscenza che l’attività in questione è finanziata con contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo;
* a fornire alla Regione Abruzzo il necessario supporto, le necessarie informazioni e la necessaria documentazione in ordine alle attività di monitoraggio e controllo;
* a conservare in originale o su supporti comunemente accettati la documentazione amministrativa e contabile riferita all’attività in base alle normative vigenti e per il periodo previsto dall’art. 2220 del Codice Civile e metterla a disposizione degli uffici competenti ad esercitare l’attività di controllo;
* ad attivare, nelle proprie sedi accreditate un “Garanzia Over Corner”, inteso quale sportello fisico che eroghi a tutti gli utenti potenzialmente interessati i servizi di accoglienza, informazione ed accesso al programma;
* a trasmettere tutta la documentazione e le informazioni previste dall’Avviso ai fini dell’erogazione dell’indennità di risultato spettanti

**E A U T O R I Z Z A**

In conformità al D.Lgs., 30-06-2003, nr. 196, la Regione Abruzzo – Dipartimento Sviluppo economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca ed Università al trattamento dei dati resi nella presente domanda.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Legale rappresentante APL/ CPI (\*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) *nel caso di APL la firma deve essere apposta dal Legale rappresentante o da altra persona munita di delega da allegare alla presente. Nel caso di CPI la firma deve essere apposta dal Responsabile del CPI*

Si allega copia fotostatica fronte retro di un valido documento di riconoscimento:

Tipo di documento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con scadenza il \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_\_