

Scheda Impresa

Avviso 1/18 Voucher

Ragione sociale Impresa		
Forma giuridica		
Indirizzo Impresa (sede legale)		
Cap	Città	Prov.
Telefono	Fax	
E-Mail		
PEC		
Partita IVA Impresa	Codice Fiscale impresa	
Nominativo referente aziendale		

Matricola INPS con la quale l'impresa ha aderito al Fondo For.Te. <i>(verificare sul DM10/Modello Uniemens di adesione)</i>	
Se l'impresa ha più di una Matricola INPS, indicarne il numero	
Periodo di Adesione al Fondo For.Te – mm/aaaa <i>(come indicato sul DM10/Modello Uniemens)</i>	

Cognome e Nome Legale Rappresentante Impresa	
Luogo e data di nascita del Legale rappresentante	
Codice fiscale del Legale Rappresentante	
Numero di dipendenti alla data di compilazione <i>(considerare solo i dipendenti per i quali si versa lo 0,30% al Fondo – sono esclusi ad esempio i dirigenti)</i>	N.
Tipo di impresa	<input type="checkbox"/> Piccola (1 - 49 dip.) <input type="checkbox"/> Media (50 - 249 dip.) <input type="checkbox"/> Grande (250 + dip.)
CCNL applicato	
Settore di appartenenza (Codice ATECO)	
Esistono lavoratori in formazione appartenenti a categorie svantaggiate (ex L.68/69)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Finanziamenti ottenuti precedentemente da For.te	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Avviso (specificare)
Regime di aiuti prescelto	<input type="checkbox"/> Aiuti alla Formazione <input type="checkbox"/> De Minimis (specificare sotto* i finanziamenti ottenuti)



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA



ISCOM
LA FORMAZIONE IN EMILIA ROMAGNA



*fondo paritetico interprofessionale nazionale
per la formazione continua del terziario*

*Solo in caso di De Minimis compilare la seguente tabella:

ANNO	SU QUALE PROCEDURA/BANDO E' STATO OTTENUTO IL FINANZIAMENTO	IMPORTO COMPLESSIVO	CONTRIBUTI "DE MINIMIS" OTTENUTI
201_			
201_			
201_			

Valore voucher:

- 1 - 49 dipendenti: massimo € 2.000 per azienda
- 50 - 249 dipendenti: massimo € 4.000 per azienda

Scegliere l'iniziativa (o le iniziative):

Titolo iniziativa	Sede corso	Dipendenti partecipanti		
		Nome Cognome e Codice Fiscale	Sede di lavoro (città e provincia)	Tipologia contrattuale (es. tempo indeterminato, apprendista, stagionale, ecc.)
"SOLUZIONI DI CYBERSICUREZZA: DIFENDERE L'AZIENDA DAL RISCHIO CYBER"	BOLOGNA			

Il Legale Rappresentante dichiara:

- 1) Dichiara che non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero che non è in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio.
- 2) Dichiara che non è stata pronunciata alcuna condanna a suo carico, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.
- 3) Dichiara che non ha procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale
- 4) Dichiara che aderisce agli Accordi Quadro Nazionali sottoscritti dalle Parti Sociali costituenti il Fondo, in data 11/09/2012 e in data 12/09/2012
- 5) Dichiara che è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori e con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio Stato
- 6) In riferimento agli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili, l'impresa (scegliere una delle opzioni):



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA



ISCOM
LA FORMAZIONE IN EMILIA ROMAGNA



*fondo paritetico interprofessionale nazionale
per la formazione continua del terziario*

- ☐ non é soggetta, in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15
- ☐ non é soggetta, in quanto pur avendo un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/01/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione
- ☐ é in regola con le norme che disciplinano l'inserimento al lavoro dei disabili

7) Si impegna a finanziare l'intervento formativo relativo ai propri lavoratori sulla base del Regime di aiuti di Stato prescelto e si impegna a mantenere l'adesione al Fondo fino alla conclusione della rendicontazione.

8) Dichiara, infine, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni, che le informazioni fornite relative all'impresa da me rappresentata, corrispondono al vero.

9) Autorizza For.Te. al trattamento dei dati personali e sensibili ai fini della gestione delle attività nonché per l'elaborazione dei dati ivi contenuti finalizzata alla produzione di dati statistici ad uso delle organizzazioni costituenti il Fondo, del Ministero del Lavoro, e di altri enti o organismi convenzionati (INPS, INAIL).

**Allegare alla presente scheda copia della
Carta di Identità in corso di validità
del Legale Rappresentante dell'Impresa.**

Firma Legale Rappresentante