



**REGIONE
LAZIO**



**FONDO REGIONALE
OCCUPAZIONE DISABILI**

REGIONE LAZIO

**Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione,
Ricerca, Merito e Urbanistica**

**Direzione regionale Istruzione, Formazione e Politiche per
l'Occupazione**

Fondo regionale per l'occupazione dei disabili di cui all'art. 5
della legge regionale 21 luglio 2003, n. 19 "Programma
Operativo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità
2024-2027"

Avviso Pubblico per il finanziamento di misure per favorire l'inserimento
lavorativo delle persone con disabilità

ALLEGATO 8 MODELLO DOMANDE DI RIMBORSO

- A) Modello domanda di rimborso (Misura 1 *Percorsi formativi*)**
- B) Modello domanda di rimborso (Misura 2 *Tirocini*)**
- C) Modello domanda di rimborso (Misura 3 *Incentivi assunzionali*)**
- D) Domanda di rimborso (Misura 4 *Accompagnamento ragionevole*)**

B) Misura I - Attivazione di percorsi formativi personalizzati rivolti a persone con disabilità

A) Modello domanda di rimborso

Il sottoscritto soggetto attuatore:

Denominazione:
Codice fiscale/P. IVA:
sede centrale: via n..... città Prov..... CAP.....
Altre sedi: via n..... città Prov..... CAP.....
Legale rappresentante o suo delegato: nome..... cognome.....
Referente del progetto: Nome..... Cognome..... Tel. cell.....

CHIEDE

il rimborso delle spese sostenute per la realizzazione dei percorsi formativi svolti, come da progetto approvato con _____ e in conformità all'Avviso pubblico.

Tabella riepilogativa dei costi

1. Attivazione di uno o più percorsi formativi con gruppo classe costituito da 2-5 persone (per un max di 5 destinatari)

DENOMINAZIONE CORSO	ORE CORSO	NUMERO TOTALE PARTECIPANTI	IMPORTO TOTALE CORSO
	a	b	c= a*b*39,94
			0,00€

(in caso di due percorsi di gruppo inserire riga)

2. Attivazione di percorsi formativi individuali (classe costituita da 1 persona)

DENOMINAZIONE CORSO	ORE CORSO	NUMERO TOTALE PARTECIPANTI	IMPORTO UCS	IMPORTO TOTALE CORSO
	a	b	c= a*39,94	=a*b*c
			0,00€	0,00€

N.B. Nell'ambito di uno stesso progetto integrato è possibile attivare max 5 percorsi di formazione individuale. In tal caso aggiornare il numero di partecipanti che per cui si attivano percorsi individuali.

RICHIEDE

che l'erogazione del contributo avvenga secondo la seguente modalità (*barrare la voce applicabile*):

- ☐ **Con anticipo del 40% e un saldo**, al termine delle attività formative realizzate, previa verifica della documentazione richiesta.

Per l'erogazione dell'anticipo del 40% deve essere presentata la seguente documentazione:

- dichiarazione avvio attività;
- richiesta di erogazione dell'anticipo;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo da ricevere a titolo di anticipo;
- idonea fideiussione assicurativa o bancaria, a prima richiesta e senza eccezioni, stipulato a garanzia dell'importo complessivo del progetto.

Per l'erogazione del saldo deve essere trasmesso un rendiconto corredato della seguente documentazione:

- relazione dettagliata conclusiva dell'attività realizzata;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo da ricevere a titolo di saldo;
- rendicontazione delle attività formative svolte nell'ambito della Misura I secondo quanto previsto dalla Determinazione Dirigenziale n. G04128 del 28/03/2023.

- ☐ **Con anticipo del 40%, una domanda di rimborso intermedia previa rendicontazione di almeno il 70% dell'anticipo e un saldo**, al termine delle attività formative realizzate, previa verifica della documentazione richiesta;

Per l'erogazione dell'anticipo del 40% deve essere presentata la seguente documentazione:

- dichiarazione avvio attività;
- richiesta di erogazione dell'anticipo;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo da ricevere a titolo di anticipo;
- idonea fideiussione assicurativa o bancaria, a prima richiesta e senza eccezioni, stipulato a garanzia dell'importo complessivo del progetto.

Per l'erogazione del rimborso intermedio deve essere trasmesso un rendiconto corredato della seguente documentazione:

- relazione dettagliata dell'attività realizzata sino alla presentazione della domanda di rimborso intermedia;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo da ricevere a titolo di rimborso intermedio;
- rendicontazione intermedia delle attività formative svolte nell'ambito della Misura I che dimostrano di aver speso almeno il 70% dell'importo dell'anticipo, secondo quanto previsto dalla Determinazione Dirigenziale n. G04128 del 28/03/2023.

Per l'erogazione del saldo deve essere trasmesso un rendiconto corredato della seguente documentazione:

- relazione dettagliata conclusiva dell'attività realizzata;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo da ricevere a titolo di saldo;
- rendicontazione delle attività formative svolte nell'ambito della Misura I secondo quanto previsto

dalla Determinazione Dirigenziale n. G04128 del 28/03/2023.

- ☐ **In un'unica soluzione** a saldo, al termine delle attività formative realizzate, previa verifica della documentazione richiesta;

A tal fine allega:

- dichiarazione avvio attività;
- relazione dettagliata conclusiva dell'attività realizzata;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo da ricevere a titolo di pagamento intermedio;
- rendicontazione delle attività formative svolte nell'ambito della Misura I secondo quanto previsto dalla Determinazione Dirigenziale n. G04128 del 28/03/2023.

Luogo e data: _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma)

A) Misura 2 - Tirocini extracurricolari di inserimento lavorativo finalizzati all'assunzione di persone con disabilità

A) Modello domanda di rimborso

Il sottoscritto soggetto promotore:

(N.B. In caso di soggetti promotore pubblico il modello va compilato da parte del soggetto ospitante)

Denominazione:
Codice fiscale/P. IVA:
sede centrale: via n..... città Prov..... CAP.....
Altre sedi: via n..... città Prov..... CAP.....
Legale rappresentante o suo delegato: nome..... cognome.....
Referente del progetto: Nome..... Cognome..... Tel. cell.....

CHIEDE

- Il rimborso delle spese sostenute per la realizzazione del tirocinio/i, come da progetto approvato con _____ e in conformità all'Avviso pubblico.

Tabella riepilogativa dei costi

NOME, COGNOME E C.F. DEL TIROCINANTE	VOCI DI COSTO	IMPORTO RICHIESTO
	Attività di promozione (<i>non prevista in caso di soggetto promotore pubblico</i>)	
	Indennità di tirocinio	
	Spese relative a coperture assicurative se per la sicurezza sul lavoro	
	Spese relative al tutoraggio specialistico	
Totale importo richiesto		

RICHIEDE

che l'erogazione del contributo avvenga secondo la seguente modalità (*barrare la voce applicabile*):

- ☐ **In un'unica soluzione** a saldo, al termine del tirocinio, previa verifica della documentazione richiesta;

A tal fine allega:

- dichiarazione avvio del tirocinio (ALLEGATO 27 - SEZIONE A - COMUNICAZIONE AVVIO TIROCINI EXTRACURRICULARI DD n. G04128/2023);
- Registri presenza (format da ALLEGATO 20B - SEZIONE A - REGISTRO DELLE PRESENZE TIROCINIO EXTRACURRICULARE DD n. G04128/2023);
- Tabella di riepilogo del calcolo relativo all' indennità di tirocinio erogata (Allegato 9);
- Dichiarazione regolare pagamento indennità (Allegato 10);
- Copia dei bonifici di pagamento dell'indennità;
- Dichiarazione di regolare svolgimento del tirocinio (Allegato 11);
- Attestazione finale (format DD n. G14934 del 03/11/2017);
- Garanzie assicurative:
 - o Denuncia di esercizio INAIL;
 - o Attestato di pagamento dell'assicurazione INAIL;
 - o Polizza e attestato di pagamento dell'assicurazione per responsabilità civile verso i terzi.

- ☐ **In più soluzioni:**

a. **I anticipo** pari al 60% del finanziamento:

A tal fine, allega:

- dichiarazione avvio attività;
- richiesta di erogazione dell'anticipo;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo complessivo del contributo inclusivo delle indennità di tirocinio da erogare (ove previsto);
- idonea fideiussione assicurativa o bancaria, a prima richiesta e senza eccezioni, stipulato a garanzia dell'importo complessivo del progetto inclusivo delle indennità di tirocinio da erogare.

b. **Saldo finale**

A tal fine, allega:

- relazione dettagliata conclusiva dell'attività realizzata;
- documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all'importo da ricevere a titolo di pagamento intermedio;
- rendicontazione dei tirocini attivati nell'ambito della Misura 2 secondo quanto previsto dalla Determinazione Dirigenziale n. G04128 del 28/03/2023;
- modulistica compilata attestante le attività di tutoraggio specialistico;
- documentazione attestante le spese sostenute dal soggetto ospitante per l'assicurazione;
- registri presenza (format da ALLEGATO 20B - SEZIONE A - REGISTRO DELLE PRESENZE TIROCINIO EXTRACURRICULARE DD n. G04128/2023);
- dichiarazione regolare pagamento indennità (Allegato 10);
- copia dei bonifici di pagamento dell'indennità;
- dichiarazione di regolare svolgimento del tirocinio (Allegato 11).

CHIEDE

che il contributo assegnato venga accreditato sul c/c bancario n. intestato a
..... presso la Banca
IBAN BIC

Luogo e data: _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma)

B) Misura 3 - Incentivi economici alle imprese finalizzati all'assunzione e alla stabilizzazione di persone con disabilità

Modello domanda di rimborso

Il/La sottoscritto/a nome..... cognome
 Nato/a a il
 residente in via n. in qualità di:

- ☐ rappresentante legale (o delegato dal rappresentante legale con atto di delega del che alla presente si allega), dell'impresa denominata (ragione sociale) con sede legale in n. Comune partita IVA e cod. fisc. (se del caso) iscritta alla camera di commercio, industria, artigianato di al n. del registro delle imprese di (solo per le imprese con sede legale in Italia) e sede operativa nella Regione Lazio in via n.

ovvero

- ☐ altro datore di lavoro/libero/a professionista con sede operativa nella Regione Lazio in n. C.F. P.IVA e (barrare le voci che ricorrono):
- ☐ iscritta al relativo registro, albo, elenco, ordine o collegio professionale: (indicare quale);
 - ☐ ove obbligatorio per legge, iscritta ad associazioni professionali inserite nell'elenco di cui alla L. 4/2013 e/o alla L. R. n. 73/2008;
 - ☐ iscritta alla Gestione Separata dell'INPS come liberi professionisti senza cassa;
 - ☐ in possesso di partita iva rilasciata da parte delle Agenzia delle Entrate per lo svolgimento dell'attività.

Visto l'Avviso pubblico approvato con Determinazione dirigenziale n. ____ del ____ e la determinazione di ammissione al contributo n. ____ del ____,

CHIEDE

il riconoscimento del contributo assegnato pari ad euro _____ e relativo al seguente lavoratore/lavoratrici assunti:

Nome lavoratore	Cognome lavoratore	Codice fiscale lavoratore	Contratto specificare: indeterminato, determinato della durata di ____ mesi	Contratto specificare: a tempo pieno, a tempo parziale pari al ____%,	Incentivo richiesto (TOT)	(In caso di assunzione a tempo indeterminato o stabilizzazione indicare e specificare l'importo della I, II o III rata)

In caso di assunzione a tempo determinato il sottoscritto/a **richiede** l'erogazione del contributo secondo la seguente modalità *(barrare la voce applicabile)*:

- ☐ In un'unica soluzione, a seguito dell'approvazione del finanziamento, previa presentazione della domanda di rimborso secondo il presente modello, corredata da idonea fideiussione assicurativa o bancaria a prima richiesta e senza eccezioni, stipulata a garanzia dell'importo richiesto, e previa verifica dell'avvenuta assunzione dei lavoratori beneficiari.
- ☐ In un'unica soluzione, successivamente al compimento dei 12 mesi dalla data di assunzione, previa verifica dell'avvenuta assunzione

DICHIARA

1. che il soggetto beneficiario, con riferimento alle informazioni comunicate nella domanda di finanziamento *(compilare solo se soggetto con forma giuridica di impresa):*
(barrare)

- non ha variato i propri assetti societari
(oppure)

- ha acquisito il controllo della/e seguenti imprese *Replicare per ogni impresa*

Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Matricola INPS	

(oppure)

- è passata sotto il controllo della/e seguenti imprese *Replicare per ogni impresa*

Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Matricola INPS	

- in caso di variazione delle situazioni di controllo attive o passive sopra evidenziate, si rende disponibile a fornire, a richiesta della Regione Lazio, la documentazione necessaria ai fini della verifica delle condizioni per il mantenimento dell'aiuto;

2. che il soggetto beneficiario, per il periodo di competenza della domanda di aiuto, ha mantenuto le condizioni dichiarate in sede di domanda, e segnatamente:

NOTA: Alcune delle dichiarazioni e informazioni sottostanti si applicano esclusivamente alle imprese. I soggetti che non rivestono forma giuridica d'impresa compileranno solo le parti a loro riferibili, barrando ove richiesto le voci non applicabili.

- avere almeno una sede operativa o unità produttiva ubicata nel territorio della Regione Lazio nel comune di presso la quale viene assunto il lavoratore/la lavoratrice per cui viene richiesto l'incentivo;
- per ogni assunzione effettuata di aver provveduto alla comunicazione obbligatoria prevista dall'articolo 9-bis, comma 2, del decreto-legge 1 ottobre 1996, n. 510 "Disposizioni urgenti in

materia di lavori socialmente utili, di interventi a sostegno del reddito e nel settore previdenziale”, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, come modificato dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, comma 1180.

- essere regolarmente iscritte presso il registro delle imprese della CCIAA territorialmente competente con stato attivo (solo per coloro che sono tenuti a tale adempimento ad esempio imprese, società tra professionisti ecc.);
ovvero
- essere regolarmente iscritte al relativo registro, albo, elenco, ordine o collegio professionale, ove obbligatorio per legge, iscritte ad associazioni professionali inserite nell'elenco di cui alla L. 4/2013 art. comma 7 e/o alla L. R. n. 73/2008, iscritte alla Gestione Separata dell'INPS come liberi professionisti senza cassa, e – in ogni caso – sono in possesso di partita iva rilasciata da parte delle Agenzia delle Entrate per lo svolgimento dell'attività (*solo per altri datori di lavoro e liberi professionisti*);
- garantire trattamenti non inferiori a quelli previsti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e territoriali, se presenti, sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale;
- essere in regola con la normativa vigente in materia di sicurezza del lavoro, assicurazioni sociale obbligatorie nonché rispettare la normativa in materia fiscale;
- essere in regola con obblighi retributivi e contributivi, come attestato anche da un DURC in corso di validità;
- essere regolarmente costituite secondo il proprio regime giuridico;
- non essere state destinatarie, nei tre anni precedenti la data di presentazione della domanda di agevolazione, di provvedimenti di revoca di agevolazioni pubbliche ad eccezione di quelli derivanti da rinunce da parte delle imprese;
- non sussistere nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui al Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136”;
- non aver ricevuto alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- non sussistere nei propri confronti cause di esclusione di cui all'art. 1 bis comma 14 della Legge 18/10/2001 n. 383 e s.m.i. e di non essere destinataria di sanzioni interdittive di cui al D.Lgs. n. 231/2001 o di altre sanzioni interdittive limitative, in via temporanea;
- non aver effettuato nei 12 mesi precedenti alla data di assunzione incentivata:
 - a. licenziamento per giustificato motivo oggettivo; licenziamento per superamento del periodo di comporto; licenziamento per mancato superamento del periodo di prova; licenziamento per fine appalto; risoluzione del rapporto di apprendistato per volontà del datore di lavoro, al termine del periodo formativo, ai sensi della normativa vigente;
 - b. licenziamenti collettivi ai sensi della normativa vigente;
 - c. procedure di mobilità ordinarie e in deroga ai sensi della normativa vigente.
- non avere vincoli di parentela con i lavoratori assunti per cui è stato richiesto l'incentivo.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 e 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni rese nella presente domanda di rimborso sono soggette a controllo da parte di Regione Lazio, e che l'eventuale falsità delle stesse comporta la revoca del contributo concesso e il recupero delle somme erogate, oltre agli interessi legali e di mora;
- di essere a conoscenza che, ai fini della liquidazione del contributo, è tenuto a trasmettere, secondo le indicazioni fornite da Regione Lazio, la fattura elettronica tramite il sistema informatico in uso, successivamente alla verifica di conformità;
- di essere consapevole che, in conformità a quanto previsto dal paragrafo 11 dell'Avviso, il contributo potrà essere oggetto di decadenza, revoca o rimodulazione in caso di false

dichiarazioni, perdita dei requisiti, irregolarità contabili o modifiche al rapporto di lavoro non coerenti con quanto previsto dall'Avviso pubblico.

Luogo e data

Legale Rappresentante o suo delegato*

(firma)

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Copia del documento di identità del dichiarante;
- Procura notarile in caso di DDR sottoscritta da delegato del Legale Rappresentante;
- Ulteriore documentazione (descrivere la documentazione ulteriore allegata)
- Copia di una busta paga riferita ad una mensilità del contratto di lavoro

C) Misura 3 - Accomodamenti ragionevoli

Domanda di rimborso (accomodamento ragionevole)

Il/La sottoscritto/a nome..... cognome
 Nato/a a il
 residente in via n. in qualità di:

- ☐ rappresentante legale (o delegato dal rappresentante legale con atto di delega del che alla presente si allega), dell'impresa denominata (ragione sociale)
 con sede legale in n. Comune
 partita IVA e cod. fisc. (se del caso) iscritta alla camera di commercio, industria, artigianato di al n. del registro delle imprese di (solo per le imprese con sede legale in Italia) e sede operativa nella Regione Lazio in via n.

ovvero

- ☐ altro datore di lavoro/libero/a professionista con sede operativa nella Regione Lazio in n. C.F. P.IVA e (barrare le voci che ricorrono):
- ☐ iscritta al relativo registro, albo, elenco, ordine o collegio professionale: (indicare quale);
 - ☐ ove obbligatorio per legge, iscritta ad associazioni professionali inserite nell'elenco di cui alla L. 4/2013 e/o alla L. R. n. 73/2008;
 - ☐ iscritta alla Gestione Separata dell'INPS come liberi professionisti senza cassa;
 - ☐ in possesso di partita iva rilasciata da parte delle Agenzia delle Entrate per lo svolgimento dell'attività.

CHIEDE

il rimborso dei costi sostenuti per l'intervento di accomodamento ragionevole realizzato in favore di:

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE	TIPOLOGIA CONTRATTO/TIROCCINIO	TIPOLOGIA INTERVENTO	DATA DI ACQUISTO/REALIZZAZIONE	IMPORTO RICHIESTO (€)

(aggiungere righe se necessario)

DICHIARA

- Che l'intervento è stato effettuato in coerenza con quanto previsto dal punto 7.4 dell'Avviso pubblico, ed è riferito a una persona con disabilità assunta o in tirocinio nell'ambito delle misure di cui allo stesso Avviso;
- Di essere in possesso dei seguenti giustificativi da allegare:
 - giustificativi spesa (es. fatture, bonifici quietanzati, ecc.);
 - documentazione comprovante gli acquisti o i lavori effettuati (es. DDT, documentazione);
 - relazione sull'intervento di accomodamento.

- Di essere consapevole che il contributo sarà riconosciuto a fronte di una rendicontazione a costi reali e nei limiti dei massimali previsti:

Tirocinio	€ 2.000,00
Dipendenti tempo determinato 12 mesi	€ 4.000,00
Dipendenti tempo indeterminato o apprendistato	€ 7.000,00

- Di essere consapevole che:
 - la Regione Lazio attiverà controlli sulle autodichiarazioni ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000;
 - in caso di dichiarazioni false o in assenza dei requisiti, si potrà procedere alla revoca del contributo e al recupero delle somme, come previsto dal paragrafo II dell'Avviso.

CHIEDE

che il contributo assegnato venga accreditato sul c/c bancario n. intestato a presso la Banca
IBAN BIC

Luogo e data: _____

IL/LA DICHIARANTE

(timbro e firma)