



Allegato B

## Modulistica

1. Avvio attività progettuale
2. Comunicazioni
3. Cronoprogramma
4. Documenti idoneità locali ed attrezzature e Dichiarazione Sostitutiva
5. Richiesta erogazione primo anticipo e pagamenti intermedi
6. Richiesta erogazione saldo
7. Richiesta proroga avvio attività progettuali
8. Richiesta variazione compagine societaria e Dichiarazione Sostitutiva
9. Richiesta variazione progettuale
10. Dichiarazione sostitutiva spese in assenza di CUP
11. Modello di domanda di rimborso intermediaria
12. Modello di domanda di rimborso finale
13. Modello di polizza fideiussoria
14. Modello formato Excel del Riepilogo spese e pagamenti (da allegare alle domande di rimborso intermedie e finali)
15. Prospetto di calcolo del costo orario (da allegare alla domanda di rimborso)
16. Fac simile di fattura elettronica
17. Richiesta proroga rendicontazione
18. Modello attestazione compenso titolare ditta individuale
19. Tabelle Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali/Costo medio orario per i dipendenti da aziende del terziario, della distribuzione e dei servizi/Aziende fino a 16 dipendenti

Denominazione  
Ente e Logo



**REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale  
Istruzione, Formazione e  
Lavoro

Area Attuazione degli Interventi

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## COMUNICAZIONE INIZIO ATTIVITA' PROGETTUALE

DD n. G11495/2016

Codice CUP \_\_\_\_\_

cod. Sigem \_\_\_\_\_

Tipo di finanziamento: **FSE** Asse **I** Ob. spec. **8.1**

Avviso DD G14639 del 25/10/19

Denominazione Progetto \_\_\_\_\_

Soggetto Attuatore (in  
caso di ATS/ATI indicare  
capofila e componenti)

Sede attività \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Legale Rappresentante

dell' Ente \_\_\_\_\_

comunica che il  
giorno \_\_\_\_\_,

inizierà l'intervento in oggetto, autorizzato con Determinazione Dirigenziale n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ e che la documentazione amministrativo-contabile è disponibile presso la sede sopra indicata.

Qualora si verificasse qualsiasi motivo ostativo all'inizio dell'attività nella data sopra indicata, provvederà a darne immediata comunicazione all'Amministrazione.

Il conto corrente che sarà utilizzato per le movimentazioni inerenti il progetto è il seguente:

Banca/Posta \_\_\_\_\_

Sede/Filiale/Agenzia \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Atto di Costituzione  
ATI/ATS (nel caso sia  
prevista)

Data

\_\_\_\_\_

Timbro Ente



Firma del Rappresentante Legale \*

\_\_\_\_\_

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI



Denominazione  
Ente e Logo



REGIONE  
LAZIO



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale Istruzione  
Formazione e Lavoro

Area Attuazione degli Interventi

Prot. n°

del

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Una copia di questo documento deve essere conservata presso la Sede delle attività

## CRONOPROGRAMMA

Codice CUP

Tipo di finanziamento: **FSE** Asse **I** Ob. spec. **8.1**

Avviso DD G14639 del 25/10/2019

Denominazione Progetto

Soggetto Attuatore

(in caso di ATS/ATI indicare capofila e componenti)

Sede Attività

Via

C.A.P.

Città

Tel

pec:

E-mail:

Data inizio attività:

Data fine attività:

**INSERIRE IL CRONOPROGRAMMA DETTAGLIATO** (indicare in dettaglio singole attività e tempistiche di realizzazione)

Data

--	--	--

Timbro  
Ente

Firma del Rappresentante Legale\*

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI



Denominazione  
Ente e Logo



**REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale  
Istruzione, Formazione,  
Ricerca e Lavoro

**Area Attuazione degli Interventi**

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**RICHIESTA EROGAZIONE PRIMO ANTICIPO E PAGAMENTI INTERMEDI**

Codice CUP \_\_\_\_\_ cod. Sigem \_\_\_\_\_  
**Tipo di finanziamento: FSE** Asse **I** Ob. spec. **8.1**  
 Avviso DD G14639 del 25/10/19

Denominazione Progetto \_\_\_\_\_

Soggetto Attuatore  
*(in caso di ATS/ATI indicare capofila e componenti)*

Sede Documentazione contabile fiscale

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sede attività didattica

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, Legale Rappresentante  
 dell'Ente

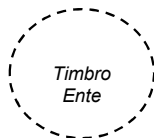
in relazione al progetto di cui in oggetto, ammesso a finanziamento con Determinazione Dirigenziale  
 n. \_\_\_\_\_, chiede l'erogazione di € \_\_\_\_\_  
 a titolo di:

anticipo  
 pagamento intermedio

A tale scopo allega la documentazione prevista dalle "Linee Guida operative per l'attuazione dei progetti" per la specifica tipologia di attività nonché quanto richiesto dall'Avviso Pubblico:

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

Data  
 \_\_\_\_\_



Firma del Rappresentante Legale \*

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI

Denominazione  
Ente e Logo



Unione europea  
Fondo sociale europeo



REGIONE  
LAZIO



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale  
Istruzione, Formazione e  
Lavoro

Area Attuazione degli Interventi

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## RICHIESTA EROGAZIONE SALDO PROGETTO

Codice CUP \_\_\_\_\_

cod. Sigem \_\_\_\_\_

Tipo di finanziamento: **FSE** Asse **I** Ob. spec. **8.1**

Avviso DD G14639 del 25/10/19

Denominazione Progetto \_\_\_\_\_

Soggetto Attuatore \_\_\_\_\_

(in caso di ATS/ATI

indicare capofila e  
componenti)

Sede Documentazione contabile fiscale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sede attività didattica \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, Legale Rappresentante

dell'Ente \_\_\_\_\_

in relazione al progetto di cui in oggetto, ammesso a finanziamento con Determinazione Dirigenziale

n. \_\_\_\_\_, chiede l'erogazione di € \_\_\_\_\_

a titolo di: \_\_\_\_\_

saldo

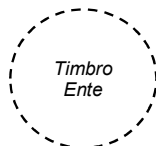
A tale scopo allega la documentazione prevista dalle "Linee Guida operative per l'attuazione dei progetti" per la specifica tipologia di attività nonché quanto richiesto dall'Avviso Pubblico:

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

Data

--	--	--

Timbro  
Ente



Firma del Rappresentante Legale \*

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI

Denominazione  
Ente e Logo



Unione europea  
Fondo sociale europeo



REGIONE  
LAZIO



**REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale  
Istruzione Formazione e  
Lavoro

Area Attuazione degli Interventi

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Prot. n°

del

## RICHIESTA PROROGA INIZIO ATTIVITA' PROGETTUALE

Codice CUP

cod. Sigem

Tipo di finanziamento: **FSE** Asse **I** Ob. spec. **8.1**

Avviso DD G14639 del 25/10/19

Denominazione Progetto

Soggetto Attuatore

(in caso di ATS/ATI indicare  
capofila e componenti)

Sede Documentazione contabile fiscale

Via

C.A.P.

Città

Provincia

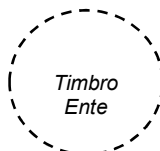
Telefono

pec:

E-mail:

Indicare le motivazioni dettagliate ed esaustive della richiesta proroga e la nuova data di inizio attività

Data



Timbro  
Ente

Firma del Rappresentante Legale \*

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI



Denominazione  
Ente e Logo



**REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale Istruzione,  
Formazione e Lavoro

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Area Attuazione degli Interventi**

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

## RICHIESTA DI VARIAZIONE e/o SOSTITUZIONE PERSONALE

Codice CUP \_\_\_\_\_

cod. Sigem \_\_\_\_\_

**Tipi di finanziamento: FSE Asse I Ob. spec. 8.1**

Avviso DD G14639 del 25/10/19

Denominazione Progetto \_\_\_\_\_

Soggetto Attuatore *(in caso di ATS/ATI indicare capofila e componenti)*

Sede Documentazione amministrativa

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

fa richiesta di variazione della compagine societaria, sostituendo il socio/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

destinatario dell'edizione \_\_\_\_\_  
*(indicare anno dell'edizione)* del  
Programma Torno Subito

con il socio/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

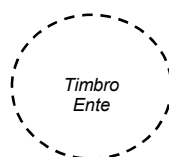
il \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

destinatario dell'edizione \_\_\_\_\_  
*(indicare anno dell'edizione)* del  
Programma Torno Subito

*Indicare le motivazioni dettagliate ed esaustive della richiesta di variazione della compagine societaria*

Data

--	--	--



Firma del Rappresentante Legale \*

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI

Si allega la Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà

Denominazione  
Ente e Logo



Unione europea  
Fondo sociale europeo



REGIONE  
LAZIO



2014-2020  
FSE  
REGIONE LAZIO  
FONDO SOCIALE EUROPEO

**REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale Istruzione,  
Formazione e Lavoro

Area Attuazione degli Interventi

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Prot. n°

del

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445

Non soggetta ad autenticazione - Esente bollo (D.P.R. 28/12/2000 n- 445 art. 37 punto 1)

Soggetto Attuatore (in caso di ATS/ATI indicare  
capofila e componenti)

Sede Documentazione amministrativa

Via

Città

Telefono

Pec:

E-mail:

Il sottoscritto	Nome		Cognome
C.F.		nato a	
il	residente in Via		C.A.P.
in qualità di Rappresentante legale dell'Ente			
C.F.		P. IVA	
in relazione al progetto			
Codice CUP			
Tipo di finanziamento:		<b>FSE</b>	Asse <b>I</b> Ob. spec. <b>8.1</b>
Avviso DD	G14639	del	25/10/19
approvato e finanziato con D.D. n°		del	

in relazione alla richiesta di variazione della compagine societaria, sostituendo il socio/a:

Nome		Cognome		nato a
il	residente in Via			C.A.P.
con il socio/a:				
Nome		Cognome		nato a
il	residente in Via			C.A.P.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in caso di dichiarazione mendace e di formazione o uso di atti falsi;  
ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

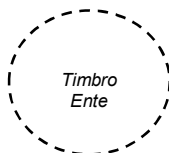
1- che la mancanza di disponibilità del soggetto originariamente indicato nell'ambito dell'intervento sopra descritto è motivata dalle seguenti ragioni:

---

2- che è in possesso del dichiarante la documentazione proveniente dal soggetto originariamente indicato comprovante l'attuale impossibilità dello stesso di essere socio della società costituita inerente il finanziamento sopraindicato

che il nuovo soggetto indicato in premessa che contestualmente si propone in sostituzione possiede i requisiti  
3- previsti dall'Avviso Pubblico

La presente autodichiarazione consta di n. 2 pagine



Firma del Rappresentante Legale\*

---

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI

Si allega copia fotostatica documento di riconoscimento in corso di validità e il curriculum vitae della persona che si propone in sostituzione

Denominazione  
Ente e Logo



REGIONE  
LAZIO



**REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale  
Istruzione, Formazione e  
Lavoro

**Area Attuazione degli Interventi**

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## RICHIESTA VARIAZIONE PROGETTUALE

Codice CUP \_\_\_\_\_

cod. Sigem \_\_\_\_\_

Tipo di finanziamento: **FSE** Asse **I** Ob. spec. **8.1**

Avviso DD G14639 del 25/10/19

Denominazione Progetto \_\_\_\_\_

Soggetto Attuatore

*(in caso di ATS/ATI  
indicare capofila e  
componenti)*

Sede legale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

, Legale Rappresentante

dell'Ente di cui sopra, richiede quanto segue:

Data

--	--	--

Timbro  
Ente

Firma del Rappresentante Legale\*

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI\*

**ALLEGATO IO****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

Art. 47 e Art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 In qualità di \_\_\_\_\_  
 del/della \_\_\_\_\_  
 con sede legale in \_\_\_\_\_  
 Specificare la carica/il ruolo \_\_\_\_\_  
 Indicare il nome organizzazione/associazione/istituto scolastico \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,

**DICHIARA**

con riferimento all'obbligo di apporre, su ogni documento giustificativo di spesa, un timbro recante la dicitura "POR FSE – LAZIO 2014-2020" Avviso pubblico .....CUP .....

- che le spese sono state sostenute prima dell'acquisizione del CUP;
- che data l'origine elettronica<sup>1</sup> delle fatture indicate nella tabella sottostante non è in condizione di apporre la suddetta dicitura sugli originali, in quanto dal medesimo non detenute;
- che le quote parte, imputate al progetto, delle fatture rendicontate nella richiesta di erogazione intermedia /SALDO presentata in data \_\_\_\_\_ non sono state utilizzate per ottenere altri finanziamenti pubblici;
- che si impegna a non utilizzare le medesime quote parte, imputate al progetto, delle stesse fatture per ottenere altri finanziamenti pubblici.

**Luogo e data****Timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante**

<sup>1</sup> Per fattura elettronica s'intende un documento digitale elettronico prodotto in formato .xml, secondo gli standard tecnici definiti da Sogei, il cui contenuto deve essere nel tempo immutabile e non alterabile



Unione europea



REGIONE  
LAZIO



**Denominazione Beneficiario:**

**CUP:**

Fornitore	N° Fattura	Data Fattura	Importo Imponibile	IVA	Totale Fattura	Importo Imputato al progetto

**Firma digitale del legale rappresentante**



**CARTA INTESTATA**

**Regione Lazio**  
**Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Lavoro - Area**  
*attuazione interventi*  
**Via R. Raimondi Garibaldi 7**  
**00145 – Roma**

**ALLEGATO 11- DOMANDA DI RIMBORSO INTERMEDIA**

OGGETTO: A seguito delle verifiche delle spese sostenute nell’ambito delle attività progettuali relative all’Avviso Pubblico “Impresa Formativa: Incentivi per la creazione d’impresa a favore dei destinatari dell’iniziativa Torno Subito” – CUP ..... inviamo la domanda di rimborso intermedia

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA’**

ex art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in ....., in qualità di di Rappresentante Legale<sup>1</sup> dell’impresa ..... Codice Fiscale n. .... Partita I.V.A. n. .... con sede legale in ....., in riferimento al progetto denominato “.....” CUP.....istituito e finanziato con D.D. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con la quale è stata assegnata a questa Impresa la somma di € ..... per lo svolgimento dell’intervento di cui all’oggetto, comunica che l’attività volta a ....., ha avuto inizio in data ..... e che alla data del ..... ha svolto il.....

**CHIEDE**

- il riconoscimento dell’importo di €....., a titolo di rimborso delle spese sostenute per il progetto in oggetto indicate nella tabella di seguito.

<sup>1</sup> Nel caso di reti i dati sono riferiti al capofila



Unione europea

REGIONE  
LAZIO

<b>MACROVOCE</b>	<b>IMPORTI</b>
<b>A Risorse umane impiegate</b>	
<b>D Altri costi diretti</b>	
<b>C (costo forfettario fino al 15% della Macrovoce A)</b>	
<b>TOTALE</b>	





## DICHIARAZIONE (indicare se Intermedia o finale) DI ATTIVITÀ

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in ....., in qualità di Rappresentante Legale<sup>2</sup> dell'impresa ....., Codice Fiscale n. .... Partita I.V.A. n. .... con sede legale in ....., in riferimento al progetto denominato .....” CUP.....istituito e finanziato con D.D. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

### CONSIDERATO

con la suddetta Determinazione è stato finanziato l'intervento indicato in oggetto per un importo pari ad € ....., avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

### DICHIARA

- di non aver usufruito di altri contributi pubblici per lo svolgimento dell'intervento oggetto del suddetto finanziamento;
- che all'atto della presente dichiarazione \_ l'intervento ha raggiunto il livello di attuazione fisico e finanziario sopra indicato e pari al..... (indicare % di avanzamento);
- che tutti i dati fisici e procedurali afferenti all'intervento e alla presente dichiarazione sono registrati nel Sistema informatico SiGem/o inviati informaticamente all'amministrazione;

<sup>2</sup> Nel caso di reti i dati sono riferiti al capofila



- che nell'ambito dei rapporti di lavoro instaurati con il personale coinvolto nella realizzazione dell'intervento è stata rispettata la normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza e assicurazioni obbligatorie, nonché la normativa in materia fiscale.

**Si allega la seguente documentazione**

- 1) relazione intermedia delle attività Relazione intermedia di Stato Avanzamento Lavori (SAL) che attesti di aver effettuato gli investimenti previsti nel *Business Plan* (almeno nella misura del 25% per la prima domanda di rimborso intermedia; almeno nella misura del 50% per la seconda domanda di rimborso intermedia)**
- 2) riepilogo spese e pagamenti dettagliato**
- 3) documentazione contabile giustificativa delle spese e dei pagamenti effettuati**
- 4) documento d'identità del legale rappresentante**

Data

Il Rappresentante Legale  
(Firma Digitale)



**CARTA INTESTATA**

**Regione Lazio**  
**Direzione Regionale Istruzione Formazione e Lavoro - Area**  
*attuazione interventi*  
**Via R. Raimondi Garibaldi 7**  
**00145 – Roma**

**ALLEGATO 12 - DOMANDA DI RIMBORSO FINALE**

OGGETTO: A seguito delle verifiche delle spese sostenute nell’ambito delle attività progettuali relative all’Avviso Pubblico “Impresa Formativa: Incentivi per la creazione d’impresa a favore dei destinatari dell’iniziativa Torno Subito” – CUP ..... inviamo la domanda di rimborso finale

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA’**

ex art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in ....., in qualità di di Rappresentante Legale<sup>1</sup> dell’impresa ..... Codice Fiscale n. .... Partita I.V.A. n. .... con sede legale in ....., in riferimento al progetto denominato “.....” CUP.....istituito e finanziato con D.D. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con la quale è stata assegnata a questa Impresa la somma di € ..... per lo svolgimento dell'intervento di cui all'oggetto, comunica che l’attività volta a ....., ha avuto inizio in data ..... e che alla data del ..... ha completato tutte le attività previste dal progetto.

**CHIEDE**

- il riconoscimento dell’importo di €....., a titolo di rimborso delle spese sostenute per il progetto in oggetto indicate nella tabella di seguito.

<sup>1</sup> Nel caso di reti i dati sono riferiti al capofila



**REGIONE  
LAZIO**



<b>MACROVOCE</b>	<b>IMPORTI</b>
<b>A Risorse umane impiegate</b>	
<b>D Altri costi diretti</b>	
<b>C (costo forfettario fino al 15% della Macrovoce A)</b>	
<b>TOTALE</b>	



## DICHIARAZIONE FINALE DI ATTIVITÀ

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... e residente in ....., in qualità di Rappresentante Legale<sup>2</sup> dell'impresa ....., Codice Fiscale n. .... Partita I.V.A. n. .... con sede legale in ....., in riferimento al progetto denominato .....” CUP.....istituito e finanziato con D.D. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

### CONSIDERATO

con la suddetta Determinazione è stato finanziato l'intervento indicato in oggetto per un importo pari ad € ....., avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

### DICHIARA

- di non aver usufruito di altri contributi pubblici per lo svolgimento dell'intervento oggetto del suddetto finanziamento;
- che all'atto della presente dichiarazione \_ l'intervento ha raggiunto il livello di attuazione fisico e finanziario sopra indicato e pari al..... (*indicare % di avanzamento*);
- che tutti i dati fisici e procedurali afferenti all'intervento e alla presente dichiarazione sono registrati nel Sistema informatico SiGem/o inviati informaticamente all'amministrazione;

---

<sup>2</sup> Nel caso di reti i dati sono riferiti al capofila



- che nell'ambito dei rapporti di lavoro instaurati con il personale coinvolto nella realizzazione dell'intervento è stata rispettata la normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza e assicurazioni obbligatorie, nonché la normativa in materia fiscale.

**Si allega la seguente documentazione**

- 1) relazione finale delle attività Relazione intermedia di Stato Avanzamento Lavori (SAL) che attesti di aver effettuato gli investimenti previsti nel *Business Plan***
- 2) riepilogo spese e pagamenti dettagliato<sup>3</sup>**
- 3) la documentazione contabile giustificativa delle spese e dei pagamenti effettuati non trasferiti in precedenza**
- 4) documento d'identità del legale rappresentante**

Data

Il Rappresentante Legale  
(Firma Digitale)

---

**3 Il riepilogo spese e pagamenti dettagliato va redatto secondo il format excel Allegato 14 delle Linee Guida**



## SCHEMA TIPO DI GARANZIA FIDEJUSSORIA

### Premesso che:

- la Commissione europea ha emanato la decisione n. C(2014) 9799 del 12/12/2014 con la quale ha approvato il Programma Operativo FSE della Regione Lazio 2014 – 2020 nell’ambito dell’Obiettivo “Investimenti a favore della crescita e dell’occupazione”, contrassegnato con il n° CCI2014IT05SF05SFOP005;
- la Regione Lazio ha approvato l’Avviso pubblico..... (*inserire estremi DD e denominazione avviso*);
- la Regione Lazio ha concesso, con Determinazione del Direttore della Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Lavoro n. ....del..... al/alla .....(a) un contributo di Euro ..... per la realizzazione del progetto ..... (*inserire titolo*), CUP.....;
- che l’Avviso citato prevede l’erogazione di un’anticipazione pari al 25% del contributo massimo concesso, previa presentazione da parte dei soggetti privati di idonea fidejussione da rilasciarsi da parte di primari istituti assicurativi o bancari, atta a garantire l’Amministrazione regionale per un importo in linea capitale pari alla somma anticipata, maggiorato degli interessi decorrenti nel periodo compreso tra la data dell’erogazione e quella del rimborso, calcolati in ragione dal tasso ufficiale di sconto in vigore nello stesso periodo;
- il/la ..... (a) è tenuta, ai sensi dell’art. 1 comma 802 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 e dell’art. 131, paragrafo 4, lettera a) comma 2, del Regolamento (UE) 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre, a presentare a favore della Regione Lazio garanzia fidejussoria per il buon fine dell’utilizzo delle somme erogate a titolo di anticipo;
- l’importo da garantire è di Euro ..... (diconsi Euro ...../...) a valere sul POR FSE LAZIO 2014/2020, corrispondente al primo anticipo del 25 per cento, come sopra specificato e salvo quanto più avanti precisato.

### Tutto ciò premesso:

Il/la ..... (b), con sede legale in....., iscritta nel registro delle imprese di..... al n. ...., che nel seguito del presente atto verrà indicata per brevità ..... (c), a mezzo del sottoscritto ..... nato a..... il..... nella sua qualità di .....

### dichiara

di costituirsi, come con il presente atto si costituisce, fideiussore nell’interesse del/della ..... (a), in seguito indicato/a ..... (d) ed a favore della Regione Lazio, che di seguito verrà indicato per brevità Amministrazione, fino alla concorrenza di Euro ..... (diconsi Euro ...../.....), oltre a quanto più avanti specificato.

Il/la..... (c) sottoscritto/a, rappresentato/a come sopra;

1. si obbliga irrevocabilmente ed incondizionatamente a rimborsare con le procedure di cui al successivo punto 3 all'Amministrazione l'importo garantito con il presente atto, qualora il/la ..... (d) non abbia provveduto a restituire l'importo stesso entro quindici giorni dalla data di ricezione dell'apposito invito a restituire formulato dall'Amministrazione medesima, a fronte del non corretto utilizzo delle somme anticipate. L'ammontare del rimborso sarà automaticamente maggiorato degli interessi decorrenti nel periodo compreso tra la data dell'erogazione e quella del rimborso, calcolati in ragione dal tasso ufficiale di sconto in vigore nello stesso periodo;

2. si impegna ad effettuare il rimborso a prima e semplice richiesta scritta e, comunque, non oltre quindici giorni dalla ricezione della richiesta stessa, formulata con l'indicazione dell'inadempienza riscontrata da parte dell'Amministrazione, cui peraltro non potrà essere opposta alcuna eccezione, da parte della..... (c) stessa, anche nell'eventualità di opposizione proposta dal/dalla ..... (d) o da altri soggetti comunque interessati ed anche nel caso che il/la ..... (d) sia dichiarata nel frattempo fallita ovvero sottoposta a procedure concorsuali o posta in liquidazione;

3. si impegna ad effettuare il rimborso secondo le modalità indicate sulla richiesta di pagamento formulata da parte dell'Amministrazione;

4. precisa che la presente garanzia fidejussoria ha efficacia dalla data di rilascio fino a 12 mesi dal termine delle attività finanziate - termine indicato o desumibile dalla convenzione o da altro atto amministrativo fissato al..... - con proroga semestrale automatica per non più di due successivi rinnovi, salvo l'eventuale svincolo anticipato da parte della Regione Lazio. La garanzia cesserà comunque ogni effetto 24 mesi dopo la chiusura delle predette attività, fermo restando la facoltà dell'Amministrazione di richiedere un'ulteriore proroga fino alla conclusione delle attività di controllo. Potranno essere disposti svincoli parziali sulla base degli accertamenti effettuati dall'amministrazione medesima, attestanti la conformità tecnica ed amministrativa delle attività svolte in relazione all'atto di concessione del contributo;

5. rinuncia formalmente ed espressamente al beneficio della preventiva escussione di cui all'art. 1944 c.c., volendo ed intendendo restare obbligata in solido con il/la ..... (d) e rinunzia sin da ora ad eccepire la decorrenza del termine di cui all'art.1957 c.c.;

6.conviene espressamente che la presente garanzia fidejussoria si intenderà tacitamente accettata dall'Amministrazione, qualora nel termine di quindici giorni dalla data di consegna, non venga comunicato alla..... (c) che la garanzia fidejussoria non è ritenuta valida.

7.conferma l'inopponibilità al Soggetto garantito (Amministrazione) del mancato pagamento dei supplementi di premio o delle commissioni pattuite per il rilascio della garanzia fideiussoria.

8.Per ogni eventuale controversia è competente il Foro di Roma.

**a) Denominazione estesa del soggetto beneficiario del contributo;**

**b) Denominazione estesa del soggetto che presta la garanzia;**

**c) Denominazione abbreviata del soggetto che presta la garanzia: Banca, società di assicurazione, società finanziaria;**

**d) Denominazione abbreviata del beneficiario del contributo.**





# Prospetto di calcolo del COSTO ORARIO EX ANTE

All 15 costo orario

PROSPETTO DI CALCOLO DEL COSTO ORARIO		
Beneficiario		
<input type="text"/>		
Dipendente Sig./Sig.ra		
<input type="text"/>		<input type="text"/>
(Cognome)		(Nome)
Descrizione	Modalità di calcolo	
i CCNL applicato		<input type="text"/>
ii.a Tipologia contrattuale	(tempo indeterminato, determinato, apprendistato)	<input type="text"/>
ii.b Tipologia rapporto	(full-time, part-time, ecc.)	<input type="text"/>
iii Livello		<input type="text"/>
A.1 Retribuzione base		0,00
A.2 Contingenza		0,00
A.3 Scatti di anzianità		0,00
A.4 Elemento di maggiorazione	Per le voci non presenti riportare 0,00	0,00
A.5 Elemento aggiuntivo		0,00
A.6 Superminimo		0,00
A.7 Indennità di mensa		0,00
A.8 Altre indennità (specificare)		0,00
<b>A Totale retribuzione mensile fissa e invariabile riportata nel cedolino (Nota 1)</b>		<b>0,00</b>
<b>B Mensilità retribuite</b>	<input type="text"/> CCNL ... (indicare Art. e CCNL di riferimento)	<b>13</b> (n. mesi)
<b>C=AxB Retribuzione annua</b>		<b>0</b>
D.1 INPS carico Azienda	Retribuzione annua x	<input type="text"/> 28,98% 0
D.2 INAIL carico Azienda	Retribuzione annua x	<input type="text"/> 0,50% 0
<b>D TOTALE ONERI CONTRIBUTIVI</b>		<b>0</b>
<b>E Trattamento di fine rapporto (TFR)</b>	(C : 13,5) - (C x 0,5%)	<b>0</b>
<b>F TOTALE COSTO AZIENDA ANNUO</b>	= C+D+E	<b>0</b>
G TOTALE ORE ANNO (art. 68.2 del Reg. (UE) n. 1303/2013 )		<input type="text"/> 1.720 (n. ore anno)
<b>H COSTO ORARIO EX ANTE</b>	= F : G	<b>0,00</b>

**NOTE:**

1) Dovrà essere sempre indicata la retribuzione mensile totale a tempo pieno, anche nei casi di part-time

# FATTURA ELETTRONICA

## Dati relativi alla trasmissione

- Identificativo del trasmittente:
- Progressivo di invio:
- Formato Trasmissione: **SDI11**
- Codice Amministrazione destinataria: **ZD90QR**
- Telefono del trasmittente:
- E-mail del trasmittente: **xxxxxxxxxx**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

- Identificativo fiscale ai fini IVA:
- Codice fiscale:
- Denominazione:
- Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

- Indirizzo: (sede legale)
- Numero civico:
- CAP:
- Comune:
- Provincia:
- Nazione: **IT**

### Recapiti

- Telefono:
- E-mail:

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

- Identificativo fiscale ai fini IVA: **02128631005**
- Codice Fiscale: **80143490581**
- Denominazione: **Regione Lazio**

### Dati della sede

- Indirizzo: **Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7**
- CAP: **00145**
- Comune: **Roma**
- Provincia: **RM**
- Nazione: **IT**



- Natura operazione: **N2**
- Riferimento amministrativo/contabile:
  - **fuori campo IVA ex art. 2 co. 3 lettera a DPR 633/72**

## **Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura**

- Aliquota IVA (%): **0.00**
- Natura operazioni: **N2**
- Totale imponibile/importo:
- Totale imposta: **0.00**
- Riferimento normativo:
  - **fuori campo IVA ex art. 2 co. 3 lettera a DPR 633/72**
  -

## **Dati relativi al pagamento**

- Modalità:
- Decorrenza termini di pagamento:
- Termini di pagamento:
- Data scadenza pagamento:
- Codice IBAN

Denominazione  
Ente e Logo



REGIONE  
LAZIO



**REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale Istruzione,  
Formazione e Lavoro

**Area Attuazione degli Interventi**

Viale R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## RICHIESTA PROROGA RENDICONTAZIONE

Codice CUP

cod. Sigem

Tipo di finanziamento: **FSE** Asse Ob. spec.

Avviso DD \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Denominazione Progetto \_\_\_\_\_

Soggetto Attuatore

(in caso di ATS/ATI  
indicare capofila e  
componenti)

Codice Ente \_\_\_\_\_

Sede Documentazione contabile fiscale

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (RM) \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sede attività didattica

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (RM) \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, Legale Rappresentante

dell'Ente di cui sopra, chiede la proroga dell'invio della rendicontazione finale delle spese tramite domanda di rimborso, per i seguenti motivi: (SPECIFICARE LA DATA DI SCADENZA DELLA PROROGA)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

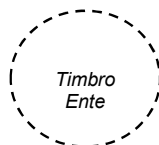
**NB: La suddetta proroga non è applicabile al termine dell'ammissibilità delle spese, ma solo ed esclusivamente all'invio della domanda di rimborso finale per la rendicontazione delle spese**

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Timbro  
Ente



Firma del Rappresentante Legale\*

\_\_\_\_\_

\* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI\*



## ALLEGATO 18

### Attestazione compenso titolare ditta individuale

Codice CUP \_\_\_\_\_

Codice SIGEM \_\_\_\_\_

Rif. FSE Asse I Obiettivo Specifico 8.1 – Avviso DD. G14639 del 25/10/2019

Denominazione progetto \_\_\_\_\_

Soggetto beneficiario \_\_\_\_\_

Sede legale in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Sede operativa in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_, in qualità di Rappresentante Legale dell'Ente \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ dichiara che in data \_\_\_\_\_ è stato ricevuto il pagamento tramite trasferimento bancario dal C/C aziendale presso l'istituto bancario \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_ al C/C personale presso l'istituto bancario \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_ per il compenso del titolare del suddetto ente per un importo totale pari a \_\_\_\_\_ relativo al mese/ai mesi \_\_\_\_\_ (indicare mese o mesi di riferimento), così determinato:

Mese	Tariffa oraria	Numero ore mese (max. 8 ore a giornata; max. 22 giornate al mese)	TOTALE MESE
Es. Gennaio	14,89 euro	176	2.620,64 euro
ES. Febbraio	14,89 euro	.....	.....
TOTALE DICHIARATO			.....

In fede

**Il Rappresentante Legale**

# MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

## Direzione Generale della Tutela delle Condizioni di Lavoro - Div. IV

Allegato 19

### COSTO MEDIO ORARIO PER I DIPENDENTI DA AZIENDE DEL TERZIARIO, DELLA DISTRIBUZIONE E DEI SERVIZI

#### NAZIONALE

- AZIENDE fino a 16 dipendenti

OTTOBRE 2010

Livelli	Q	I	II	III	IV	V	VI	VII
Elementi retributivi annui								
Paga base	19.197,12	17.292,84	14.958,24	12.785,28	11.057,52	9.990,00	8.968,92	7.740,60
Contingenza+EDR	6.484,44	6.450,24	6.390,48	6.334,80	6.290,64	6.263,28	6.237,12	6.210,12
Indennità di funzione (Q) e superminimo (VII)	3.009,12							61,92
Anzianità (due scatti)	611,04	596,16	547,92	526,80	495,84	487,20	473,52	467,28
Terzo elemento	24,84	24,84	24,84	24,84	24,84	24,84	24,84	24,84
Festività retribuite medie (3 giorni)	281,99	234,27	210,78	189,15	171,82	161,21	151,00	139,47
Tredicesima	2.443,88	2.030,34	1.826,79	1.639,31	1.489,07	1.397,11	1.308,70	1.208,73
Quattordicesima	2.443,88	2.030,34	1.826,79	1.639,31	1.489,07	1.397,11	1.308,70	1.208,73
<b>RETRIBUZIONE MEDIA ANNUA</b>	<b>34.496,31</b>	<b>28.659,03</b>	<b>25.785,84</b>	<b>23.139,49</b>	<b>21.018,80</b>	<b>19.720,75</b>	<b>18.472,80</b>	<b>17.061,69</b>
Oneri previd. e ass.vi								
Inps (28,98%)	9.997,03	8.305,39	7.472,74	6.705,82	6.091,25	5.715,07	5.353,42	4.944,48
Inail (0,04% solo per il rischio elettrico)	13,80	11,46	10,31	9,26	8,41	7,89	7,39	6,82
<b>TOTALE ONERI PREVID.LI E ASS.VI</b>	<b>10.010,83</b>	<b>8.316,85</b>	<b>7.483,05</b>	<b>6.715,08</b>	<b>6.099,66</b>	<b>5.722,96</b>	<b>5.360,81</b>	<b>4.951,30</b>
Trattamento fine rapporto	2.555,28	2.122,89	1.910,06	1.714,04	1.556,95	1.460,80	1.368,36	1.263,83
Rivalutazione T.F.R. (2,224907%)	341,12	283,39	254,98	228,81	207,84	195,01	182,67	168,71
Contributo Ente Bilaterale (0,1%)	25,68	23,74	21,35	19,12	17,35	16,25	15,21	13,95
Previdenza complementare (20% di 1,05%)	72,44	60,18	54,15	48,59	44,14	41,41	38,79	35,83
QUAS+10% INPS+QUADRIFOR	423,89							
Fondo EST di Assistenza Sanitaria Integrativa		132,00	132,00	132,00	132,00	132,00	132,00	132,00
<b>COSTO MEDIO ANNUO</b>	<b>47.925,55</b>	<b>39.598,08</b>	<b>35.641,43</b>	<b>31.997,13</b>	<b>29.076,74</b>	<b>27.289,18</b>	<b>25.570,64</b>	<b>23.627,31</b>
INCIDENZA IRAP (3,9%)	1.868,56	1.543,88	1.389,61	1.247,53	1.133,66	1.063,97	996,97	921,20
INCIDENZA IRES (27,5% IRAP)	513,85	424,57	382,14	343,07	311,76	292,59	274,17	253,33
<b>COSTO MEDIO ANNUO+INCIDENZE</b>	<b>50.307,96</b>	<b>41.566,53</b>	<b>37.413,18</b>	<b>33.587,73</b>	<b>30.522,16</b>	<b>28.645,74</b>	<b>26.841,78</b>	<b>24.801,84</b>
<b>COSTO MEDIO ORARIO</b>	<b>30,20</b>	<b>24,95</b>	<b>22,46</b>	<b>20,16</b>	<b>18,32</b>	<b>17,19</b>	<b>16,11</b>	<b>14,89</b>
<b>COSTO MEDIO ORARIO (1)</b>	<b>30,53</b>	<b>25,23</b>	<b>22,71</b>	<b>20,39</b>	<b>18,53</b>	<b>17,39</b>	<b>16,29</b>	<b>15,05</b>
TOTALE COSTO ORARIO (centro-nord) (2)	29,75	24,56	22,09	19,81	17,99	16,88	15,81	14,59
TOTALE COSTO ORARIO (centro-nord) (1) (2)	29,98	24,74	22,25	19,96	18,12	16,99	15,91	14,69
TOTALE COSTO ORARIO (sud e isole) (2)	29,62	24,43	21,96	19,69	17,86	16,75	15,68	14,46
TOTALE COSTO ORARIO (sud e isole) (1) (2)	29,83	24,58	22,09	19,80	17,96	16,84	15,75	14,53
	238,61	191,20	172,08	154,48	143,69	134,69	126,04	116,25

ORARIO DI LAVORO	
Ore teoriche (40 ore x 52 settimane)	2.080
Ore non lavorate per:	
Ferie (26 giorni)	173
Permessi retribuiti	88
Malattia, gravidanza, infortunio (11 giorni)	73
Formazione, permessi R.L.S.(L.626/94) (1 giorno)	7
Totale ore mediamente non lavorate	341
Ore mediamente lavorate	1.739

(1) Ai sensi della legge 266/2005, qualora in una regione si sia sfiorato il tetto della spesa sanitaria, l'alliquota IRAP è aumentata dello 0,92%.

(2) Per i lavoratori a cui viene applicata la legge 296/2006 e successive modificazioni e per il periodo e le quantità dovute.