

**CONTRIBUTI DI ADATTAMENTO AL LAVORO**

**INTERVENTO FORMATIVO**

**Anno 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Marca da Bollo euro 16,00 | Alla Regione del VenetoDirezione Lavorolavoro@pec.regione.veneto.it |

L’apposizione della marca da bollo non è dovuta nei casi previsti dalla legge.

Il sottoscritto ….............................................. CF …........................................... in qualità di …......................

dell'Azienda ….......................................... CF …............................................[[1]](#footnote-1)

chiede il contributo di adattamento al lavoro

per realizzare un intervento formativo.

La spesa da sostenere è finalizzata a favorire una migliore prestazione lavorativa del lavoratore[[2]](#footnote-2)

…...................................................................................., CF................................................................,

impiegato presso la sede di …………………………………

assunto il ……………….. con contratto di lavoro[[3]](#footnote-3) …………………………… con orario settimanale di ore n.……… pari al …………% dell’orario pieno.

L’intervento formativo è finalizzato ad adeguare le competenze del lavoratore:

* in fase di inserimento;
* quando il lavoratore viene adibito a svolgere in azienda compiti diversi da quelli precedentemente esercitati in via ordinaria;
* quando il lavoratore, pur continuando a svolgere i compiti assegnati, debba farlo con utilizzo di nuove apparecchiature.

L’intervento formativo deve risultare:

* coerente con la mansione e con i fabbisogni aziendali;
* la formazione non deve essere di tipo generalista;
* non deve svolgersi in modalità a distanza o in e-learning.

Si realizza mediante:

* La partecipazione al corso ……………………………. organizzato da ………………………,

di ……… ore di formazione, che si svolgerà da ………………a ……………

Il costo del corso è pari a euro ……………………

Il finanziamento non può essere superiore a 5.000,00 euro per soggetto con disabilità[[4]](#footnote-4).

OPPURE

* L’attuazione del progetto formativo che si svolgerà:
* Incaricando l’ente accreditato alla formazione (denominazione)…………………………;
* Incaricando l’azienda ………………………………....CF……………
* Incaricando il professionista sig. ……………………..CF ………………….

Il costo del progetto formativo è pari a euro ……………………

Il finanziamento è concesso nel limite di euro 40,00 per ogni ora di formazione effettuata.

OPPURE

* Incaricando il proprio dipendente o collaboratore sig. ……………………….. CF ………………
	+ l’azienda dichiara che il dipendente che eroga la formazione la svolge in orario di lavoro e che non vi è sovrapposizione tra l’attività lavorativa ordinaria e l’attività formativa.

Il finanziamento è pari al costo del lavoro del lavoratore che eroga la formazione sommata al costo del lavoro del lavoratore destinatario della formazione nel limite massimo di euro 40,00 per ogni ora di formazione.

Costo orario del lavoratore che eroga la formazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [[5]](#footnote-5)

Costo orario del destinatario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’azienda provvederà a detrarre l’IVA[[6]](#footnote-6)

* Sì
* No

Il datore di lavoro dichiara che l’azienda appartiene alla seguente alla seguente categoria[[7]](#footnote-7):

* microimpresa
* piccola impresa
* media impresa
* grande impresa.

Ai sensi e per gli effetti della disciplina sugli aiuti di stato, il datore di lavoro chiede che il finanziamento alla formazione sia considerato rientrante nel seguente regime di aiuti, ai fini della compilazione del Registro nazionale degli aiuti nel regime di **(i**ndicare **obbligatoriamente** una delle seguenti opzioni**)**:

* Regime di esenzione[[8]](#footnote-8)
	+ Dichiara che il costo orario del lavoratore con disabilità coinvolto è pari a euro …………... (si allega l’ultima busta paga del lavoratore)

OPPURE

* Regime di *de minimis*[[9]](#footnote-9)

Non è richiesta la compartecipazione al costo della formazione al datore di lavoro. L’erogazione della formazione deve avvenire durante l’orario di lavoro.

Si chiede che l'incentivo sia erogato al seguente IBAN ………………………………………

intestato a ……………………………..

Per comunicazioni con l'Azienda: Indirizzo pec ………………………………..

Contatto del Referente per la pratica:………………………………………………………..(cognome e nome)

tel.: ………………………….……e-mail:………………………………………….

Al fine della erogazione del contributo dichiara:

* di aver preso atto di quanto stabilito nel provvedimento regionale che regola l’intervento.
* di essere consapevole che il presente finanziamento verrà riconosciuto solamente nella misura di quanto consentito dal Registro Nazionale degli Aiuti di Stato (RNA);
* di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati allegata all’avviso pubblico di avvio della presente iniziativa e pubblicata alla pagina internet [https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato](https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato%20) dedicata all’inserimento lavorativo delle persone con disabilità del sito istituzionale della Regione del Veneto.
* di non aver fatto richiesta di contributi ad altre Pubbliche Amministrazioni per l’intervento oggetto della presente domanda;
* di essere in regola con l’applicazione del Contratti collettivi di lavoro sottoscritti dalle OO.SS. e associazioni datoriali comparativamente più rappresentative;
* di essere in regola con i versamenti contributivi ed assicurativi obbligatori;
* di essere in regola con la normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
* di essere ottemperante, ovvero garantire l’ottemperanza, agli obblighi occupazionali sanciti dalla Legge n. 68/99;
* di non avere a proprio carico procedure per l’emersione del lavoro sommerso, ai sensi dell’art. 1, comma 14, del Decreto Legge n. 210/02 (coordinato, modificato e convertito nella Legge n. 266/02);
* che l’impresa non si trova in stato di scioglimento o liquidazione, e che non è sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa e amministrazione controllata;
* che l’impresa non ha in corso, oppure attivato nei dodici (12) mesi antecedenti la data di presentazione della domanda di incentivo, procedure di sospensione con ricorso alle casistiche di cui all’art. 3 comma 5 della Legge n. 68/99, ovvero riduzione di personale avente le medesime professionalità del personale assunto o da assumere, escluse procedure di licenziamento per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo o per raggiungimento dei requisiti di pensionamento;
* che l’impresa non è in difficoltà ai sensi dell’art. 2, paragrafo 18, del Reg. (UE) n. 651/2014;
* che l’impresa non è destinataria di un ordine di recupero pendente per effetto di una decisione della Commissione europea che dichiara un aiuto illegale o incompatibile con il mercato interno, o, in tal caso, di aver provveduto alla regolarizzazione entro la data di presentazione dell’ingiunzione di recupero.

Il sottoscritto dichiara inoltre che le informazioni sopra riportate sono vere, e di essere consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace.

L’ufficio regionale competente effettuerà i controlli del caso ai fini del riconoscimento del beneficio.

FIRMA

Data ……………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

* documento di identità (in corso di validità) di chi sottoscrive la domanda;
* Presentazione dell’azienda che eroga il corso (per intervento formativo affidato ad azienda esterna o ente formativo non accreditato);
* CV del docente (per intervento formativo affidato ad un docente professionista o per docente interno);
* presentazione del corso /progetto formativo (deve essere indicato il motivo per il quale si è ritenuto opportuno effettuare l’intervento, i contenuti del corso/progetto formativo e le modalità di svolgimento dello stesso);
1. Il contributo può essere richiesto anche da lavoratori autonomi che svolgono attività imprenditoriale e da liberi professionisti [↑](#footnote-ref-1)
2. Il lavoratore deve possedere i requisiti di cui all’art. 3 L.68/99 per l’iscrizione alle liste del collocamento mirato; [↑](#footnote-ref-2)
3. Il lavoratore deve essere stato assunto con contratto di lavoro a tempo indeterminato (anche apprendistato) o determinato di almeno 12 mesi. [↑](#footnote-ref-3)
4. Non può essere richiesto un nuovo intervento per la medesima persona prima che siano trascorsi almeno 12 mesi dal termine del primo intervento formativo, salvo formazione per assegnazioni ad altre mansioni per sopravvenuta impossibilità alla mansione precedente. [↑](#footnote-ref-4)
5. Allegare copia di una busta paga di entrambi i lavoratori. [↑](#footnote-ref-5)
6. Nel caso il datore di lavoro possa detrarre l’IVA, il contributo sarà calcolato sull’importo netto. [↑](#footnote-ref-6)
7. Per la dimensione dell’impresa si fa riferimento alla classificazione ai sensi dell’allegato I del Reg. 651/2014 (cfr. nota esplicativa sugli aiuti di stato pubblicata al seguente link [https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato](https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato%20) (Approfondimento sugli [aiuti di Stato)](https://www.regione.veneto.it/documents/60642/3164513/Aiuti%2Bdi%2BStato_01_07_22.pdf/a7856530-a044-4cfd-b973-0ce66259bd61) [↑](#footnote-ref-7)
8. Gli aiuti alla formazione in regime di esenzione sono compatibili con la disciplina sugli aiuti di stato, a condizione che alla formazione stessa partecipi finanziariamente anche il datore di lavoro. Tale partecipazione al costo della formazione deve essere di almeno il 30 % per le microimprese e piccole imprese e del 40 % per le imprese medie e grandi. Per costo totale della formazione si intende il costo per l’erogazione della formazione e per la partecipazione del lavoratore all’intervento (il costo totale che viene sostenuto per la formazione per la quale si richiede l’incentivo). [↑](#footnote-ref-8)
9. Il datore di lavoro (inteso come Impresa Unica ai sensi del Regolamento 2831/2023) può essere destinatario di risorse pubbliche fino al limite di € 300.000,00 nell’ultimo triennio. [↑](#footnote-ref-9)