

**CONTRIBUTI DI ADATTAMENTO AL LAVORO**

**INTERVENTO FORMAZIONE OBBLIGATORIA SULLA SICUREZZA**

**PER ATTIVAZIONE DI TIROCINIO**

**Anno 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Marca da Bollo euro 16,00 | Alla Regione del Veneto  Direzione Lavoro  [lavoro@pec.regione.veneto.it](mailto:lavoro@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 di formazione obbligatoria in materia di sicurezza per

il tirocinante [[2]](#footnote-2) …..........................................., CF.............................................,

Il tirocinio è attivato presso la sede di …………………………………

Dal …….........................al……………………………………………..con orario settimanale di ore:……………….

L’intervento formativo è finalizzato a sostenere il costo[[3]](#footnote-3) del corso in materia di sicurezza:

* Sulla formazione di base
* Sulla formazione specifica

La partecipazione al corso avrà una durata di …………………ore al costo di euro ……………

Si realizza in modalità:

* in presenza
* e-learning

In corso sarà realizzato da:………………………………………………………………………

L’azienda provvederà a detrarre l’IVA:

* Sì
* No

Il datore di lavoro chiede che il contributo 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 (DGR 1413/2023);
* che non provvederà a dedurre la spesa oggetto della presente domanda ai fini dell’imposta sui redditi;
* 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> 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;

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 di chi sottoscrive la domanda in corso di validità;
* presentazione dell’azienda che eroga il corso.

1. Il contributo può essere richiesto anche da lavoratori autonomi che svolgono attività imprenditoriale e da liberi professionisti. [↑](#footnote-ref-1)
2. Il tirocinante deve possedere i requisiti per l’iscrizione alle liste del collocamento mirato L. 68/99; [↑](#footnote-ref-2)
3. E’ riconosciuto il 100% del costo sostenuto. [↑](#footnote-ref-3)