

## BANDO FORMAZIONE CONTINUA FASE VI REGIONE LOMBARDIA 2020 - AZIENDA

### Elenco Documenti da Allegare

- Copia di un **documento d'identità del Legale Rappresentante** in corso di validità (indicare se l'indirizzo di residenza fosse diverso);
- **Visura camerale** aggiornata (non oltre 90 giorni – no di evasione);
- Copia ultimo **bilancio** approvato;
- **Tabella Excel dei partecipanti** alla formazione compilata (non si possono inserire lavoratori con contratto di lavoro intermittente, di somministrazione, tirocinanti, apprendisti).

Nota: l'erogazione del contributo sarà effettuata solo previo accertamento della regolarità contributiva tramite DURC/documento unico di regolarità contributiva (l'eventuale rateazione approvata dall'INPS è considerata posizione regolare)

### Elenco informazioni:

Attenzione!! Nota per la compilazione: in caso non ci siano dati da inserire barrare una con una riga il campo vuoto

Referente aziendale da contattare da indicare a Regione Lombardia:

Cognome: .....

Nome: .....

Tel: .....

Cellulare: .....

Email: .....

Credenziali di accesso al portale Siage/Bandi Online (solo se già in possesso dell'azienda)

- Utente: \_\_\_\_\_
- Password: \_\_\_\_\_

Elenco delle agevolazioni già richieste/ottenute (fondo perduto, finanziamenti, garanzie, ecc...)

Ente concedente	Normativa riferimento	di	Data approvazione	Importo approvato	Importo erogato*

\* solo se già erogato

Numero di matricola INPS: \_\_\_\_\_

sede INPS di competenza: \_\_\_\_\_

NB. L'azienda **deve essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità**, ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68 in quanto (barrare l'opzione che ricorre):

- ha assolto gli obblighi in conformità alle disposizioni di cui alla legge n. 68/99;
- non è assoggettata agli obblighi di assunzione in quanto occupa un numero di lavoratori inferiore a 15 conteggiati in base ai criteri della suddetta legge.

**Situazione dipendenti:**Nota alla compilazione

- ✓ **Non conteggiare:** apprendisti, persone con contratti di formazione o inserimento, congedi vari o cassa integrazione straordinaria
- ✓ **Si, conteggiare:** imprenditori individuali e soci lavoratori che percepiscono compenso per lavoro svolto diverso da quello derivante dalla partecipazione agli organi amministrativi.

	FULL TIME	PART TIME
Al 31/12/2018		
Al 31/12/2019		
Alla data odierna ____/____/____		

- L'azienda ha attivato **trattamenti di integrazione salariale a causa dell'emergenza Covid-19** (Cassa integrazione guadagni con causale Covid-19)?

Se sì, allegare **copia della richiesta di Cassa integrazione guadagni con causale Covid-19** presentata agli uffici competenti.

Entità del capitale sociale e sua ripartizione

Capitale sociale: € \_\_\_\_\_ (AD OGGI)

Nome Cognome / Ragione sociale	Quota detenuta in euro	In caso di persona fisica indicare il codice fiscale	Quota detenuta in percentuale (AD OGGI)

In caso di **quote detenute da altre società** (nel capitale sociale):

Ragione sociale	Indirizzo sede legale e codice fiscale/piva	Quota % detenuta	Fatturato totale	Totale attivo Patrimoniale	Capitale sociale ultimo anno	Numero dei dipendenti

(dati da ultimo bilancio approvato)

In caso l'**azienda abbia quote** di partecipazione nel **capitale sociale di altre società**:

Ragione sociale	Indirizzo sede legale e codice fiscale/piva	Fatturato totale	Totale attivo Patrimoniale	Capitale sociale ultimo anno	Numero dei dipendenti	Percentuale di possesso

(dati da ultimo bilancio approvato)

In caso di **persone fisiche** che detengono partecipazioni nel **capitale sociale di altre società**:

Persona fisica: sig./sig.ra: \_\_\_\_\_

Ragione sociale	Indirizzo sede legale e codice fiscale/piva	Fatturato totale	Totale attivo Patrimoniale	Capitale sociale ultimo anno	Numero dei dipendenti	Percentuale di possesso	Valore €

(dati da ultimo bilancio approvato)

Persona fisica: sig./sig.ra: \_\_\_\_\_

Ragione sociale	Indirizzo sede legale e codice fiscale/piva	Fatturato totale	Totale attivo Patrimoniale	Capitale sociale ultimo anno	Numero dei dipendenti	Percentuale di possesso	Valore €

(dati da ultimo bilancio approvato)

COORDINATE BANCARIE per l'accredito del contributo:

INTESTATARIO	
NOME BANCA	
NUMERO AGENZIA	
SEDE AGENZIA (indirizzo)	
Numero di C/C	
IBAN	