



## Domanda di accesso al finanziamento di programmi di supporto alla ricollocazione professionale (*outplacement*) per le aziende del fondo credito cooperativo - 1/2

Al Comitato del Fondo di solidarietà per il sostegno dell'occupabilità, dell'occupazione e del reddito del personale del credito cooperativo di cui al Decreto interministeriale n. 82761 del 20/06/2014

Tramite sede Inps di \_\_\_\_\_

### Dati richiedente

NOME	_____	COGNOME	_____		
CODICE FISCALE	_____	NATO/A IL GG/MM/AAAA	_____		
A	_____	PROV.	_____	STATO	_____
CITTADINANZA	_____				
RESIDENTE/DOMICILIATO IN	_____				
PROV.	_____	STATO	_____		
INDIRIZZO	_____	CAP	_____		
TELEFONO*	_____	CELLULARE*	_____		
INDIRIZZO E-MAIL*	_____				

Titolare     Legale rappresentante

### Dati azienda

Denominazione azienda \_\_\_\_\_ Matricola Inps \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ IBAN azienda \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_  
A seguito del verbale di accordo con le OO.SS. del \_\_\_\_\_

### Consapevole

- che** può essere autorizzato un importo inferiore a quanto richiesto in caso di concorso di eventuali finanziamenti erogati da appositi fondi nazionali, dell'Unione Europea o della cooperazione;
- che** la durata massima del trattamento di *outplacement* per ciascun lavoratore è di 12 mesi;
- che** la fruizione dei programmi di *outplacement* deve essere ricompresa nel periodo di effettiva percezione dell'assegno emergenziale.

### Chiedo

**che** l'azienda sia ammessa ad accedere al finanziamento di programmi di supporto alla ricollocazione professionale (*outplacement*), previsto dall'art.12, comma 1, lettera *b*) del Decreto interministeriale n. 82761/2014, per un importo complessivo di: € \_\_\_\_\_ (di cui il 50% a carico dell'azienda); per n. totale di \_\_\_\_\_ percettori di assegno emergenziale.  
Periodo *outplacement* dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### Dati identificativi della società di outplacement

Denominazione \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_



## Domanda di accesso al finanziamento di programmi di supporto alla ricollocazione professionale (*outplacement*) per le aziende del fondo credito cooperativo - 2/2

### ● Dichiaro

- **che** l'intervento viene richiesto nell'ambito ed in connessione con processi di:
  - Ristrutturazione
  - Situazioni di crisi
  - Riorganizzazione aziendale
  - Riduzione o trasformazione di attività o lavoro
 come dettagliato nell'accordo aziendale
- **che** l'azienda, ai sensi dell'art.12, comma 7, del Decreto interministeriale n. 82761/2014:
  - ha diritto di precedenza, giusto provvedimento del \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_, di:
    - dichiarazione di fallimento
    - liquidazione coatta amministrativa
    - sottoposizione all'amministrazione straordinaria
 qualora la continuazione dell'attività non sia disposta o sia cessata
  - non ha diritto di precedenza
- **che** le domande presentate dai lavoratori per l'accesso ai programmi di supporto alla ricollocazione professionale (*outplacement*) sono custoditi dall'azienda medesima e disponibili per ogni richiesta.

### ● Dichiarazione di responsabilità

Consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (*art. 48, 73, 75 e 76 DPR 445/2000*), dichiaro:

- che** l'azienda ha usufruito di fondi nazionali/dell'Unione Europea o della cooperazione per *outplacement*:
  - periodo *outplacement* dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - numero lavoratori \_\_\_\_\_ totale importo finanziato \_\_\_\_\_
  - erogato da \_\_\_\_\_ codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_
- che** l'azienda non ha usufruito di fondi nazionali/dell'Unione Europea o della cooperazione per *outplacement*.

Si allegano:

- Verbale di accordo OO.SS. del \_\_\_\_\_
- Elenco dei beneficiari dell'intervento di *outplacement*, comprensivo di dati anagrafici e codice fiscale
- Copia di fatture rilasciate dalla Società che ha svolto il programma di *outplacement*

Data \_\_\_\_\_

Firma del Titolare/Legale rappresentante \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda di servizio e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.