



BANDO CONCILIAZIONE – ALLEANZA VIMERCATESE

SMART WORKING: SPERIMENTARE PER CREDERE

PRIMA FINESTRA
(ottobre 2017-aprile 2018)

MODULISTICA PER LA CANDIDATURA DI LAVORATORI SUBORDINATI (ai sensi del Punto 6, lettera A del Bando)

Allegato 1 - AZIENDA

All'attenzione di
Ufficio di Piano di Offertasociale
Piazza Marconi 7/D, 20871 Vimercate (MB)
ufficiodipiano@offertasociale.legalmail.it

Da compilare a cura dell'AZIENDA/DATORE DI LAVORO

ai sensi del Bando “ *Smart working: sperimentare per credere*”

Il sottoscritto
Rappresentante legale dell'impresa denominata.....
.....
Forma giuridica.....
Codice Fiscale.....Partita Iva
Sede Legale Comune..... Prov..... Via.....n°.....
Telefono.....e-mail/PEC.....

Con sede operativa al seguente indirizzo (se diversa dalla sede legale):
Via.....n°.....c.a.p.....Comune.....Prov.....
Tel.....Fax.....e-mail.....

CHIEDE

di partecipare al bando “*Smart working: sperimentare per credere*” per la seguente azione progettuale (possibili più opzioni, fino a un massimo di 3 lavoratori):

- a) ☐ Postazione per 6 mesi con **frequenza libera** a favore di n. lavoratori;
b) ☐ Postazione 6 mesi con **frequenza bisettimanale** a favore di n. lavoratori;
c) ☐ Richiesta di postazione per 6 mesi con **frequenza monosettimanale** a favore di n. lavoratori.

I lavoratori destinatari del progetto sono (ripetere per ogni lavoratore destinatario del progetto):

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita _____
Indirizzo di residenza _____
Ruolo in azienda _____

Breve descrizione delle motivazioni che inducono ad attivare il progetto (max 500 caratteri)	

- di essere a conoscenza che il beneficio prevede un cofinanziamento pari al 70% del valore della postazione e che il restante 30% (come da schema di cui al punto 10 del Bando) sarà per l'intera durata del progetto:
 - ☐ a carico dell'azienda
 - ☐ a carico del lavoratore
- di essere consapevole che i dati sopra riportati saranno trattati, nel rispetto delle norme stabilite dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e comunque nell'ambito delle attività istituzionali dell'Ente, titolare del trattamento.

a) Autocertificazione azienda (allegato 2)
b) Autocertificazione lavoratore (allegato 3)

Firma e timbro del legale
rappresentante dell'impresa

Allegato 2- AZIENDA

All'attenzione di
Ufficio di Piano di Offertasociale
Piazza Marconi 7/D, 20871 Vimercate (MB)
ufficiodipiano@offertasociale.legalmail.it

Da compilare a cura dell'AZIENDA/DATORE DI LAVORO
Autocertificazione

Il sottoscritto.....
Rappresentante legale dell'impresa.....
Forma giuridica.....
Codice Fiscale.....Partita Iva.....
Sede Legale
Comune.....Prov.....Via.....n°...
Telefono.....e-
mail/PEC.....

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000), sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di avere sede operativa in Lombardia e al di fuori dell'Ambito territoriale del Vimercate;
- di essere iscritta e attiva al Registro Imprese della Camera di Commercio territorialmente competente, ovvero con richiesta di iscrizione già presentata al Registro delle Imprese e in corso di registrazione da parte della competente Camera di Commercio;
- di non essere in stato di liquidazione e non essere sottoposta a procedura concorsuale, in stato di fallimento, di liquidazione anche volontaria, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione equivalente;
- di avere legali rappresentanti, amministratori (con o senza poteri di rappresentanza) e soci per i quali non sussistano cause di divieto, di decadenza, di sospensione previste dall'articolo 10 L. 575/1965 (c.d. Disposizioni contro la mafia);
- di operare nel rispetto della normativa vigente in materia di edilizia ed urbanistica, in materia di tutela ambientale, sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro, delle normative per le pari opportunità tra uomini e donne e delle disposizioni in materia di contrattazione collettiva nazionale e territoriale del lavoro;
- di possedere una situazione di regolarità contributiva per quanto riguarda la correttezza nei pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali ed assicurativi nei confronti di INPS e INAIL;
- di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto alle

norme in materia di sicurezza e di ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro,
con particolare attenzione alla tutela della gravidanza;
- di aver condiviso la proposta progettuale con i lavoratori.

Data,

Firma del legale rappresentante

Allegato 3 – LAVORATORE SUBORDINATO

All'attenzione di
Ufficio di Piano di Offertasociale
Piazza Marconi 7/D, 20871 Vimercate (MB)
ufficiodipiano@offertasociale.legalmail.it

Da compilare a cura del LAVORATORE **Autocertificazione**

Il sottoscritto.....
C.F.
Nato a..... il.....
Residente nel comune di..... Prov.....
Via.....n°.....
Telefono.....e-mail/PEC.....

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000), sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere dipendente, anche a tempo determinato o titolare di un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa e collaborazione a progetto, presso l'azienda..... P.IVA.....

- che la sua sede di lavoro abituale è nel comune di in via n°.....

- di risiedere abitualmente in uno dei comuni dell'Ambito territoriale di Vimercate

Ai fini del punteggio, dichiara inoltre la seguente situazione personale/familiare (barrare solo i campi rilevanti)

Criteri	Si/No	NOTE
Presenza di figli di età 0-3 (indicare numero)		
Presenza di figli età 4 -12 (indicare numero)		
Presenza di figli età 13-17 (indicare numero)		
Presenza di familiari anziani (>65 anni) non autosufficienti		
Famiglia monoparentale		
Lavoratore con certificazione di invalidità		
Coniuge lavoratore nel Vimercatese		

Coniuge lavoratore fuori dal Vimercatese		
Distanza dalla sede di lavoro oltre 20 km		
Distanza dalla sede di lavoro oltre 50 km		
Presenza di altri famigliari disabili da assistere (specificare)		

Dichiara inoltre di aver preso visione del progetto “*Smart working: sperimentare per credere*” e di condividere le azioni progettuali proposte dall’azienda.

Si allega stato di famiglia.

Data

Firma del Lavoratore