

Marca da bollo (€ 16,00)

## Allegato 2A - Domanda di finanziamento

**Alla Regione Toscana  
Settore Lavoro**

**Oggetto: PR FSE+ 2021-2027 – Avviso pubblico per il finanziamento di misure di conciliazione vita-lavoro a sostegno di lavoratrici e lavoratori indipendenti – Linea 2**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Numero tel/cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Nella seguente posizione professionale (compilare la sezione pertinente):

Titolare di impresa individuale

Partita Iva \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla seguente cassa o gestione previdenziale: \_\_\_\_\_

Libero/a professionista iscritto ad albi di Ordini o Collegi professionali: \_\_\_\_\_ (indicare Ordine/Collegio)

Partita Iva \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla seguente cassa o gestione previdenziale: \_\_\_\_\_

Libero/a professionista iscritto a:

associazioni di cui alla Legge 4/2013 \_\_\_\_\_ (indicare associazione)

associazioni di cui alla L.R. n.73/2008 e ss.mm.ii \_\_\_\_\_ (indicare associazione)

Partita Iva \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla seguente cassa o gestione previdenziale: \_\_\_\_\_

Libero/a professionista senza cassa

Indicare la categoria professionale: \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_

Iscritto/a alla seguente gestione previdenziale: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il finanziamento per un importo complessivo pari a € \_\_\_\_\_ (max € 6.000),

a fronte di quanto segue (selezionare la casella corrispondente):

contributo per l'assunzione di un/una lavoratore/lavoratrice dipendente (dettagli del contratto nel formulario descrittivo)

Compilare la tabella seguente con i dati anagrafici della/del lavoratrice/ore da assumere o assunto:

Nome e cognome lavoratore	Codice fiscale

contributo per una sostituzione/collaborazione di natura autonoma

Compilare la tabella seguente con i dati anagrafici del/della lavoratore/trice autonomo/a o libero/a professionista sostituto/a o collaboratore/trice:

Nome e cognome sostituto/a o collaboratore/trice	Codice fiscale

### DICHIARA

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000:

- che il contributo è richiesto per una delle specifiche esigenze specificata all'art. 3.2 dell'avviso, come di seguito indicato.

**Per le lavoratrici indipendenti** (selezionare la casella corrispondente):

maternità (per figli fino ad un anno)

gravidanza

adozione

Si tratta del periodo all'estero per le pratiche di adozione internazionale: sì  no

figli di età minore di 13 anni al momento della presentazione della domanda

Per i **lavoratori indipendenti** (selezionare la casella corrispondente):

famiglia monogenitoriale con figli minori di 13 anni al momento della presentazione della domanda

coppia omogenitoriale con figli minori di 13 anni al momento della presentazione della domanda

adozione;

Si tratta del periodo all'estero per le pratiche di adozione internazionale: sì  no

### DICHIARA INOLTRE

- di non essere destinatario/a di altri finanziamenti erogati da soggetti pubblici o privati per la stessa attività;
- di non assumere con il presente contributo lavoratori già assunti e cessati nei sei mesi precedenti la presentazione della domanda, e legati da rapporto di coniugio, parentela, o affinità fino al secondo grado
- di non trovarsi nella condizione di lavoratore/trice dipendente, amministratore/trice di società, socio/a di società

- di aver adempiuto al pagamento secondo norme di legge della marca da bollo pari a 16 euro (numero marca da bollo \_\_\_\_\_ data marca da bollo \_\_\_\_\_).

Si trasmettono con la presente domanda:

- copia di documento di identità leggibile e in corso di validità
- dichiarazione requisiti di ammissibilità e affidabilità Allegato 2B
- formulario descrittivo Allegato 2D
- dichiarazione de minimis Allegato 2E
- curriculum del/della lavoratore/trice assunto/a o del/della sostituto/a o collaboratore/trice
- copia del documento d'identità del/della lavoratore/trice assunto/a o del/della sostituto/a o collaboratore/trice

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_