

Allegato 2D

Formulario descrittivo - Avviso pubblico per finanziamento di misure di conciliazione vita-lavoro a sostegno di lavoratrici e lavoratori indipendenti – Linea 2

SEZIONE I

I.1 DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Nome:.....

Cognome:.....

Codice fiscale:.....

Partita Iva:

Indicare la professione o l'attività d'impresa esercitata (ad es. avvocato, commercialista, psicologo, ecc):

.....

indicare Codice ATECO:.....

SEZIONE II

II.1 DATI DEL PROGETTO, FINALITA'

Indicare le finalità del progetto di assunzione o sostituzione/collaborazione e le specifiche esigenze di conciliazione come indicate all'art. 3.2, dettagliandole:

Per le lavoratrici indipendenti:

maternità (per figli fino ad un anno)

.....

gravidanza

.....

adozione

.....

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

.....

Per i lavoratori indipendenti:

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

.....

Per esigenze di conciliazione legate alla presenza di figli minori di 13 anni, indicare i dati anagrafici del minore:

Nome e cognome figlio minore di 13 anni	Codice fiscale	Data di nascita

Natura del contratto assunzione o sostituzione/collaborazione (barrare la casella corrispondente):

di lavoro dipendente

CCNL Applicato.....

Livello di inquadramento.....

Luogo di svolgimento.....

di collaborazione di natura autonoma

Luogo di svolgimento.....

di sostituzione di natura autonoma

Luogo di svolgimento.....

Costo totale del lavoro previsto: EURO

Importo contributo richiesto, come specificato in domanda: EURO

(max il 60% del costo del lavoro soprspecificato in caso di assunzione di lavoratore dipendente, max il 40% del costo del lavoro di cui al punto soprspecificato in caso di contratto di collaborazione o sostituzione di natura autonoma)

Funzioni/compiti che la persona assunta o collaboratrice/sostituta dovrà svolgere nell'attività caratteristica di impresa o di lavoro autonomo:

Numero mesi durata contratto:

Data prevista di inizio attività:.....

Data prevista di fine attività:.....

II.2 INNOVATIVITA' , RISULTATI ATTESI

Risultati attesi in termini di miglioramento della conciliazione vita-lavoro e di gestione dei carichi di lavoro:

SOTTOSCRIZIONE FORMULARIO

Il/la sottoscritto/a _____ soggetto richiedente il
contributo, nato/a _____ a _____ il _____ residente
a _____ via/viale/p.zza _____ CAP _____ Provincia

ATTESTA

l'autenticità di tutto quanto dichiarato nel formulario e sottoscrive tutto quanto in esso contenuto.

Luogo, data

Firma
