Regione Lazio PO FSE 2014-2020

Avviso pubblico “Crescita dell’adattabilità dei lavoratori attraverso la formazione continua”

Asse 3 – Istruzione e Formazione –Priorità di investimento 10iv - Obiettivo specifico 10.4

**ALLEGATO D2** (sezione E)

Descrizione dei Beneficiari

Sezione E – CARATTERISTICHE DEI SOGGETTI BENEFICIARI

|  |
| --- |
| **E.1** Azienda Beneficiaria (se il progetto è multiaziendale, riprodurre la sezione E. 1 per ogni Azienda) |
| Ragione Sociale | LAVORATORE AUTONOMO |
| Natura giuridica |  |
| Dimensione d’impresa(piccola, media o grande) |  |
| Data di costituzione | Data di apertura partita IVA |
| Codice fiscale/Partita IVA | 123456789 |
| Rappresentante legale |  |
| Nato a: | Maracay (EE) | Il 4/12/1953 | 4/12/1953 | Residente in (città) | Monte Compatri |
| Via/piazza |  Via delle Pedicate  | n.18 |  | Telefono 3358003628 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sede legale** | Città | Monte Compatri | CAP |  00077 | Prov. | RM |
| Via | Delle Pedicate 18 | n. |  |
| Tel. | 3358003628 | Fax |  | e-mail |  |
| **Sede operativa** | Città |  | CAP |  | Prov. |  |
| Via |  | n. |  |
| Tel. |  | Fax |  | e-mail |  |

**Settore di Attività consulenza, formazione, servizi alle imprese**

**Organico aziendale attuale**

Apprendisti

Operai comuni e/o qualificati Operai specializzati Dipendenti in C.I.G. / C.I.G.S.

Impiegati amministrativi e tecnici

Quadri e Dirigenti

**TOTALE**

**Andamento organico nell’ultimo triennio**

Negativo

Invariato

Positivo Da +1% a +10% Positivo Oltre +10%

Licenziati/dimessi nell’ultimo triennio **n.**

**Tipologie contrattuali dei dipendenti**

Contratto a tempo indeterminato **%**

Contratto a tempo determinato **%**

Contratto di somministrazione di lavoro **%**

Contratto d’apprendistato **%**

Altre forme contrattuali **% Totale 100 %**

**L’Impresa/Azienda beneficiaria è sottoposta ad una delle seguenti procedure?** (rispondere SI o NO) Liquidazione coatta amministrativa

Fallimento

Concordato preventivo

Amministrazione controllata

Nessuna

**L’ultimo bilancio dell’Impresa/Azienda beneficiaria si è chiuso in:** (indicare con una X) Attivo

Pareggio

Perdita

Il bilancio è certificato da un revisore iscritto all’albo? SI NO Il bilancio è suddiviso per centri di costo? SI NO

Se l’Impresa non è tenuta a redigere bilanci ai sensi dell’art. 2421 c.c. indicare il

volume di affari annuo €

**Regime per il quale Intende optare l’Impresa/Azienda beneficiaria** (contrassegnare con X la scelta e compilare

l’Allegato A modello 04 a/b che deve essere sottoscritto dal Legale Rappresentante dell’Azienda)

**“De Minimis”**

**(Reg.UE n.**

**1407/2013)**

**“Aiuti di Stato in esenzione (Reg. UE n. 651/2014)”**

**Per l’Intervento è stato stipulato un accordo sindacale aziendale (necessario per i progetti Aziendali in Aziende con rappresentanze sindacali interne costituite) ed ottenuto il parere positivo delle Organizzazioni Sindacali Aziendali (RSU o RSA) o Territoriali di Categoria (necessario sempre)?**

**SI NO**

Allegare alla Proposta d’Intervento il Parere delle Parti Sociali redatto sul modello 05 dell’allegato A dell’Avviso Pubblico

**Tipologia e numero dei dipendenti per i quali l’Impresa beneficiaria richiede l’intervento formativo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo di contratto | Qualifica | Ruolo in Azienda | N. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |