



AGENZIA DEL LAVORO

Codice modulo.: p_TN_M_00003093

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Agenzia del Lavoro
Ufficio legale, amministrativo e contabile
Via R. Guardini, 75
38121 – TRENTO
amministrazione.adl@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO ALLE ESIGENZE CONCILIATIVE DELLE
LAVORATRICI AUTONOME E DELLE IMPRENDITRICI**
(deliberazione della Giunta provinciale n. 2037 del 19/12/2025)

RICHIEDENTE

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ____/____/____

codice fiscale _____ telefono _____

in qualità di:

SE “BENEFICIARIO” PERSONA FISICA

diretto interessato

SE “BENEFICIARIO” PERSONA GIURIDICA

legale rappresentante di

denominazione della società/impresa _____

con sede legale a _____ prov (_____) cap _____

indirizzo _____ n. _____

codice fiscale _____ partita iva _____

RECAPITO PER INVIO COMUNICAZIONI

domicilio fisico (indirizzo richiedente/sede legale):¹

Indirizzo _____ Numero civico _____

Comune _____ (Provincia ____) CAP _____

Stato _____

domicilio digitale:

indirizzo PEC (posta elettronica certificata) - **NB: tale indicazione è facoltativa per le persone fisiche, mentre è obbligatoria per le imprese/società/liberi professionisti iscritti in albi ed elenchi/pubbliche amministrazioni** indirizzo PEC _____

¹ L'amministrazione le invierà le comunicazioni per le quali è necessaria la certezza del ricevimento al domicilio digitale o al domicilio fisico, dando priorità al domicilio digitale. Le altre comunicazioni, comprese quelle di cortesia, potranno essere inviate alla casella email ordinaria indicata in domanda o per mezzo di altri canali.



AGENZIA DEL LAVORO

(la seguente dichiarazione è facoltativa)

Il/La richiedente dichiara di aver eletto/eleggere quale domicilio digitale l'indirizzo PEC sopra indicato, a cui si chiede vengano inviati i documenti e le comunicazioni inerenti la presente domanda

recapito elettronico:

indirizzo di posta elettronica (email **NON PEC**) _____

CHIEDO

- la concessione
- la proroga

del contributo previsto dall'avviso “Criteri per l’attuazione del sostegno alle esigenze conciliative delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici” – approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2037 del 19/12/2025, in quanto necessita di sospendere o di ridurre *pro-tempore*

- la propria attività lavorativa

l’attività lavorativa della signora Cognome _____ Nome _____ (*in caso di socia di società*)

per il seguente motivo:

- per gravidanza (Allegare certificato medico)
 - per necessità conciliative nei confronti di un/una figlio/a minore convivente nei suoi primi 12 anni di vita
- per il periodo dal _____ al _____

Inoltre,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l’accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall’adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARO

- che la destinataria dell’intervento è:

Cognome _____ Nome _____
nata a _____ (prov. _____) il _____ / _____ / _____

- che la destinataria, alla data di inizio della sostituzione o alla data di proroga o rinnovo, dell’intervento partecipa al lavoro personalmente, con continuità e prevalenza temporale e si trova nella condizione di:

socia di società con sede legale o operativa in provincia di Trento con meno di 10 dipendenti: (*specificare l’esatta denominazione della società*)

familiare partecipante all’impresa di cui all’art. 230 bis c.c. con sede legale o operativa in provincia di Trento: (*specificare l’esatta denominazione dell’impresa*)

- lavoratrice autonoma che opera in provincia di Trento, con meno di 10 dipendenti: *(specificare l'esatta denominazione dell'attività)*
-

- titolare di impresa individuale con sede legale o operativa in provincia di Trento, con meno di dieci dipendenti: *(specificare l'esatta denominazione dell'impresa)*
-

- collaboratrice coordinata e continuativa che opera in provincia di Trento:

- libera professionista che opera in provincia di Trento, con meno di 10 dipendenti: *(specificare l'esatta denominazione dello studio professionale)*
-

- che la destinataria dell'intervento, alla data di inizio della sostituzione o alla data di proroga o rinnovo, è iscritta da almeno sei mesi ad un'assicurazione obbligatoria ai fini previdenziali e assistenziali;
- che il/la richiedente, alla data di inizio della sostituzione o alla data di proroga o rinnovo, non è una Società o un Organismo a totale o prevalente partecipazione pubblica o loro Società controllata, Ente strumentale della Provincia o Organismo controllato, Ente strumentale degli Enti locali o Soggetto controllato dagli Enti locali;
- che l'impresa, alla data di inizio della sostituzione o alla data di proroga o rinnovo, è iscritta al registro delle imprese ed è attiva (nel caso di attività organizzata in forma d'impresa);
- di adottare un contratto collettivo nei confronti dei propri dipendenti che rientri fra quelli che la Giunta provinciale ha individuato essere stipulati dalle Associazioni dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale;
- che il/la richiedente, alla data di inizio della sostituzione o alla data di proroga o rinnovo, è in regola con l'obbligo assicurativo a copertura dei danni cagionati da calamità naturali ed eventi catastrofali, di cui alla Legge n. 213/2023;
- che il/la figlio/a della destinataria dell'intervento

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____ / _____ / _____

è con lei convivente *(nel caso di progetto per necessità conciliative)*;

- che il/la richiedente non percepisce ulteriori contributi previsti da altre disposizioni normative europee, nazionali, regionali e provinciali per il medesimo evento oggetto della presente domanda;
- che con riferimento allo/la stesso/a figlio/a della destinataria dell'intervento:

- non sono stati concessi altri contributi a valere sull'Intervento 17 e 2.2.4 del documento degli interventi di politica del lavoro;
- sono stati concessi altri contributi a valere sull'Intervento 2.2.4 del documento degli interventi di politica del lavoro nell'anno 2025;

barcare una delle due opzioni:

- di non aver presentato il medesimo progetto ex art. 9, comma 1, lett. c) della legge 53/2000 per mancata attivazione del relativo bando nazionale;
oppure
 che il progetto presentato ex art. 9 L.53/2000, comma 1, lett. c) per necessità legate alla gravidanza ovvero per impegni di cura del figlio (indicare cognome e nome _____), intitolato _____, di durata n. mesi, è stato escluso dal bando nazionale per carenza di risorse finanziarie;

COMUNICO

di essere a conoscenza e di accettare tutte le norme e le condizioni che regolano il contributo previsto dall'avviso "Criteri per l'attuazione del sostegno alle esigenze conciliative delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici" – approvati con deliberazione della Giunta provinciale n. 2037 del 19/12/2025

IMPOSTA DI BOLLO (16 euro)

- sono esente (indicare la causa di esenzione) _____
 non sono esente e ho adempiuto
 mediante pagamento del contrassegno apposto sulla domanda
 mediante pagamento del contrassegno telematico, di cui riporto gli estremi:
 giorno e ora di emissione: _____
 identificativo di 14 cifre: _____
- dichiaro infine di aver preso visione dell'informativa privacy messa a disposizione dall'amministrazione provinciale alla pagina internet dedicata all'Avviso "Criteri per l'attuazione del sostegno alle esigenze conciliative delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici" sul portale istituzionale dell'Agenzia del Lavoro

Luogo e data

FIRMA²

.....

Allego la seguente documentazione:

- informativa ai sensi del Regolamento UE n. 679 del 2016 del/la sostituto/a e se previsto del/la sostituto/a del/la sostituto/a
 fotocopia del documento d'identità del richiedente (solo se la domanda è sottoscritta con firma **autografa** e inviata tramite servizio postale o posta elettronica)
 programma operativo
 Se in gravidanza, certificato di gravidanza con la data presunta del parto
 Contratto di assunzione/ contratto di prestazione d'opera

2 La sottoscrizione della domanda, così come il documento di identità, non sono necessari nel caso di trasmissione da un indirizzo PEC iscritto in INI-PEC, IPA o INAD, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 65 del codice dell'amministrazione digitale.