

## PROGRAMMA OPERATIVO

Con riferimento alla domanda di contributo per il sostegno alle esigenze conciliative delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici, il presente programma operativo descrive il progetto di sostituzione e riporta sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà i requisiti del/la sostituto/a o del sostituto del/la sostituto/a.

### SCHEDA RELATIVA AL/LA SOSTITUTO/A

#### IL/LA RICHIEDENTE

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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 il/la sostituto/a è:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ loc \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

partita iva \_\_\_\_\_

- che il/la sostituto/a è in possesso, alla data di inizio della sostituzione o alla data di proroga o rinnovo, di almeno uno dei seguenti requisiti:

☐ è iscritto/a al seguente Pubblico Registro (es. Ordine/Collegio professionale):

\_\_\_\_\_ in provincia di \_\_\_\_\_;

☐ è in possesso del seguente titolo formale abilitante all'esercizio dell'attività:

\_\_\_\_\_ rilasciato in provincia di \_\_\_\_\_;

☐ ha un'esperienza pari ad almeno 2 anni continuativi di lavoro autonomo o subordinato, esclusi i periodi di apprendistato, avendo svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ le seguenti attività/mansioni \_\_\_\_\_

☐ è iscritto/a al Nuovo Registro provinciale Co-manager;



- non è titolare o non aveva maturato i requisiti per la pensione anticipata o di vecchiaia;

- non è assunto/a come lavoratore/trice a domicilio o addetto/a ai lavori domestici;

- non è coniuge/convivente, parente entro il secondo grado o affine di primo grado della destinataria;

- non è partecipante all'impresa familiare di cui all'art. 230 bis c.c. o con gli associati in partecipazione di cui agli articoli 2549 e seguenti del codice civile;

- non ha rapporti di lavoro a tempo determinato presso l'impresa individuale/libero professionista/società richiedente cessati da meno di 60 giorni *(in caso di sostituzione mediante assunzione)*;

**DICHIARA INOLTRE**

- che la sostituzione si riferisce alle seguenti attività:

Attività svolta dalla destinataria (breve descrizione)	Attività che svolgerà la/il sostituta/o (breve descrizione)

La sostituzione è:

- ☐ totale
- ☐ parziale. In questo caso la destinataria sarà presente presso la/le sede/sedi di lavoro dove si svolge l'attività per la quale è stata richiesta la sostituzione nella fascia oraria:
- ☐ 10:00 – 12:00
- ☐ 15:00 – 17:00

La sostituzione avviene con:

☐ contratto di lavoro subordinato:

contratto collettivo di lavoro applicato \_\_\_\_\_

livello di inquadramento \_\_\_\_\_

luogo di svolgimento \_\_\_\_\_

orario settimanale previsto dal contratto collettivo nazionale di categoria per il tempo pieno :

n \_\_\_\_\_ ore

orario settimanale previsto per il/la sostituta dal contratto di lavoro a tempo determinato:

n \_\_\_\_\_ ore

codice di comunicazione obbligatoria CO \_\_\_\_\_

data assunzione \_\_\_\_\_

data di inizio progetto se già alle dipendenze \_\_\_\_\_

il progetto avverrà tramite la sostituzione con il/la Sig./ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_, già alle dipendenze della richiedente, tramite adeguamento del contratto di lavoro relativamente alle mansioni, livello inquadramento e orario e contestuale introduzione di una risorsa umana (nome e cognome) \_\_\_\_\_ all'interno dell'organizzazione con un contratto (indicare il tipo) \_\_\_\_\_, orario settimanale \_\_\_\_\_ con inizio dal \_\_\_\_\_ e termine il \_\_\_\_\_, a copertura del/la dipendente Sostituto/a.

☐ contratto di prestazione d'opera/collaborazione:

compenso del/la sostituto/a per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ pari a euro: \_\_\_\_\_ (Indicare imponibile - inclusa Cassa previdenziale se prevista)

### SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire rispetto ai dati sopra dichiarati.

Luogo e data

FIRMA<sup>1</sup>

.....

<sup>1</sup>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.

**SCHEDA RELATIVA AL/LA SOSTITUTO/A DEL/LA SOSTITUTO/A**

**IL/LA RICHIEDENTE**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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 il/la sostituto/a del/la sostituto/a è:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ loc \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

partita iva \_\_\_\_\_

che alla data di inizio della sostituzione o alla data di proroga o rinnovo, il /la sostituto/a del/la sostituto/a:

- non è titolare o non aveva maturato i requisiti per la pensione anticipata o di vecchiaia;
- non è assunto/a con contratto di apprendistato o con contratto di lavoro intermittente;
- non è assunto/a come lavoratore/trice a domicilio o addetto/a ai lavori domestici;
- non è assunto/a nell'ambito del c.d. Progettone (L.P. 32/1990 e ss.mm.) o nell'ambito degli interventi 18, 19 e 20 del Documento degli interventi di politica del lavoro 2015-2018, nell'ambito degli interventi 3.3.C, 3.3.D, 3.3.E, 3.3.F o di altri progetti e interventi analoghi attivati da Agenzia del lavoro, dai Comuni, loro consorzi e/o Comunità di Valle;
- non è coniuge/convivente, parente entro il secondo grado o affine di primo grado della destinataria;
- non è socio/a o coniuge/convivente, parente entro il secondo grado o affini di primo grado dei soci medesimi (*in caso in società*);

- che l'assunzione del sostituto/a del/la sostituto/a avviene con contratto di lavoro subordinato:

contratto collettivo di lavoro applicato \_\_\_\_\_

livello di inquadramento \_\_\_\_\_



luogo di svolgimento \_\_\_\_\_

orario settimanale previsto dal contratto collettivo nazionale di categoria per il tempo pieno:  
n \_\_\_\_\_ ore

orario settimanale previsto per il/la sostituta dal contratto di lavoro a tempo determinato: n \_\_\_\_\_ ore

codice di comunicazione obbligatoria CO \_\_\_\_\_

Luogo e data

FIRMA<sup>2</sup>

.....

.....

<sup>2</sup>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.