

Le richieste di provvidenze, previste dal **Fondo regionale Tutela della Professionalità** delle imprese artigiane e dei loro dipendenti in base all'Accordo Regionale del 19 aprile 2006 e successivi, devono essere presentate utilizzando esclusivamente i moduli allegati che, per snellire i tempi di presentazione, adottano il metodo dell'**autocertificazione**; pertanto **non è necessario allegare nessuna ulteriore documentazione** oltre a quella espressamente richiesta.

Le richieste di provvidenza debitamente compilate devono essere presentate all'EBA territoriale di competenza che è responsabile della gestione del procedimento della richiesta.

	<p>Provincia di Bergamo EBA Bergamo Via S.Giorgio, 17/N 24122 BERGAMO Tel. (035) 19905870 Fax (035) 0770894 castri@ebabergamo.it</p>	<p>Provincia di Brescia EBA Brescia Via S.Antonio, 14/16 25133 BRESCIA Tel. (030) 2009916 Fax (030) 2005598 info@ebabrescia.it</p>	<p>Provincia di Como EBA Como Via Anzani, 52 22100 COMO Tel. (031) 241435 Fax (031) 264830 eba.como@tin.it</p>
<p>Provincia di Cremona EBA Cremona Via Baldesio, 8 26100 CREMONA Tel. (0372) 20205 Fax (0372) 20205 eba-cremona@libero.it</p>	<p>Provincia di Lecco EBA Lecco Via Galileo Galilei, 1 23900 LECCO Tel. (0341) 495134 Fax (0341) 258319 ebalecco@artigiani.lecco.it</p>	<p>Provincia di Lodi EBA Lodi Via Haussman, 3 26900 LODI Tel. (0371) 439197 Fax (0371) 431139 ebalodi@virgilio.it</p>	<p>Provincia di Mantova EBA Mantova Via Concezione, 4 46100 MANTOVA Tel. (0376) 225670 Fax (0376) 379737 eba@ebamantova.191.it</p>
<p>Provincia di Milano EBA Milano Via P.Marocco, 11 20127 MILANO Tel. (02) 28510778 Fax (02) 26891469 ebamilano@ebamilano.it</p>	<p>Provincia di Pavia EBA Pavia Via Folla di Sotto, 20 27100 PAVIA Tel. (0382) 302349 Fax (0382) 308021 ebapav00@ebapavia.191.it</p>	<p>Provincia di Sondrio EBA Sondrio Largo dell'Artigianato, 1 23100 SONDRIO Tel. (0342) 200126 Fax (0342) 568123 eba.sondrio@tiscali.it</p>	<p>Provincia di Varese EBA Varese c/o Malpensa Fiere Via XI Settembre - Ingresso B 21052 BUSTO ARSIZIO Tel. (0331) 670462 Fax (0331) 336725 info@ebavarese.it</p>

Le richieste di provvidenza presentate ad ELBA regionale saranno inviate agli EBA territoriali di competenza, con allungamento dei tempi di gestione del procedimento.

MANTENIMENTO OCCUPAZIONALE

TIPOLOGIA INTERVENTO

Erogazione di un contributo a favore delle imprese che coinvolte dalla crisi mantengono i livelli occupazionali mediante il ricorso alla CIG in deroga, avviati, in corso o successivi al 1° Marzo 2010, anche non a zero ore.

REQUISITI PER LA DOMANDA DI CONTRIBUTO

Il contributo è concesso alle imprese che, per almeno 90 giorni consecutivi, hanno chiesto la cassa integrazione in deroga per i propri dipendenti.

CARATTERISTICHE DELLA PROVVIDENZA

Il sussidio è concesso nella misura di Euro 500 lordi, una sola volta nel corso dell'anno solare.

L'impresa non deve aver effettuato licenziamenti per riduzione del personale a partire dal 01/01/2010 e sino alla data di presentazione della domanda.

La provvidenza sarà erogata ad un numero massimo di 1.600 aziende a livello regionale, suddiviso tra i vari bacini.

PROCEDURE

L'IMPRESA deve:

- **prima dell'avvio della procedura** - pena la non ammissibilità della richiesta accertarsi di essere in regola con il versamento dei contributi FTP- Fondo Tutela Professionalità alla data di inizio del periodo per il quale viene richiesto il sussidio
- **entro il termine perentorio di un mese dalla fine della sospensione** presentare la domanda di contributo, anche in via telematica, all'EBA territoriale o tramite le OO.AA. competenti per territorio
- **utilizzare** il fac-simile predisposto dal Consiglio di Amministrazione reperibile sul sito www.elba.lombardia.it (Modulistica_MAN.pdf), corredato dall'autocertificazione attestante l'utilizzo e l'autorizzazione della cassa integrazione in deroga

L'EBA Territoriale di riferimento deve:

- **iscrivere al Protocollo generale di ELBA, entro 5 giorni** successivi alla presentazione, la richiesta di contributo.
- **esaminare per la verifica di ammissibilità, entro 30 giorni** dalla ricezione, la richiesta di contributo.

ELBA deve:

- **assumere**, in esito all'istruttoria dell'EBA Territoriale di riferimento, **l'impegno di spesa** a favore dei lavoratori interessati e nell'ambito del numero massimo e suddiviso fra i vari bacini.
- **erogare** il contributo concesso sulla scorta dell'istruttoria dell'EBA Territoriale di riferimento.

AVVERTENZE

- Non è cumulabile con contributi MAN Regionali percepiti per lo stesso periodo.
- Entro il 28 febbraio di ogni anno il Consiglio di Amministrazione di ELBA provvede a determinare il numero delle quote per ogni bacino.
- Contro le decisioni dell'EBA Territoriale di riferimento o dell'ELBA l'interessato può ricorrere al Collegio dei Garanti che si pronuncia inappellabilmente

RISERVATO AGLI UFFICI E.B.A.

Codice ELBA	Anno di competenza	Sottoposta a controllo				
Verifica dei versamenti						
anno	- 4	- 3	- 2	- 1	0	+ 1
FTP (domanda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACL (erogazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RLST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						SE SCADUTO
						Se previste eventuali erogazioni

Operatore E.B.A.	
------------------	--

Timbro di Ricevimento-Protocollo

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ data di nascita _____ luogo di nascita (per gli stranieri è da intendersi lo stato in cui sono nati) _____

Indirizzo residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____

In qualità di Titolare Legale rappresentante della ditta:

Ragione Sociale _____

Codice fiscale _____ Partita Iva _____ CCNL applicato _____ Codice ATECO _____

Telefono _____ fax _____ email _____

Indirizzo sede operativa _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____

Indirizzo sede legale che per le individuali è quello del titolare _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____

data di costituzione _____ Luogo di costituzione _____ Prov _____

N.B. Per le imprese individuali è da intendersi data e luogo di nascita del titolare

DATI ISTITUTO BANCARIO IMPRESA per accredito contributo (da non compilarsi per le domande di CDS e SAL)

CODICE IBAN

Nome Istituto Bancario _____ Agenzia di _____

CIN _____ ABI _____ CAB _____ Numero di Conto corrente _____

RICHIESTA DI PROVVIDENZA

<input type="checkbox"/> Contratto di Solidarietà	<input type="checkbox"/> Eventi eccezionali	<input type="checkbox"/> Promozione sistemi di qualità
<input type="checkbox"/> Sospensione attività lavorativa	<input type="checkbox"/> Formazione esterna apprendisti	<input type="checkbox"/> Formazione e aggiornamento professionale
<input type="checkbox"/> Incremento Occupazione	<input type="checkbox"/> Provvidenza di bacino	<input type="checkbox"/> Mantenimento Occupazionale
<input type="checkbox"/> Riduzione costo del Credito		

ALLEGATI

Autocertificazione scheda CDS-A scheda CDS-B scheda CDS-C scheda CDS-D

scheda SAL-A EEI - documentazione attestante l'evento EEI - documentazione dei costi sostenuti

altro _____

DICHIARAZIONI - Trattamento dei dati e presa visione regolamento FTP

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazioni in modo da garantire la riservatezza dei dati a norma del D.Lgs. N. 196 del 30.06.2003 e successivi. Titolare del trattamento è l'Ente Lombardo Bilaterale dell'Artigianato - ELBA corrente in viale Vittorio Veneto, 16/a - 20124 Milano in persona del Presidente pro Tempore quale legale rappresentante elettivamente domiciliato. Responsabile del trattamento è la sig.ra Scurati Antonella.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver preso visione delle condizioni generali e particolari per l'intervento del Fondo Tutela Professionalità - FTP e che i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo impresa e nei suoi allegati sono corrispondenti al vero. La firma apposta alla presente domanda comporta l'integrale accettazione del modulo stesso.

data _____

Timbro e firma _____

**MANTENIMENTO OCCUPAZIONALE – MAN
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO AD ELBA**

(art. 46 – lettera r,s,t, - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

I dati contenuti nella presente dichiarazione possono essere soggetti a verifica a cura dell'EBA Territoriale di riferimento

Il/a sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____
(per gli stranieri è da intendersi lo stato di nascita)

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ (Prov.) _____

Tel. _____ Cell _____ e-mail _____

in qualità di: Titolare Legale rappresentante

dell'impresa _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di essere in regola con i versamenti previsti alla data di inizio del periodo di CIG per il quale viene richiesto il sussidio

di non aver effettuato licenziamenti dal 1° gennaio 2010 al giorno di presentazione della presente domanda

di essere stata autorizzata all'utilizzo della cassa integrazione in deroga per il periodo sotto indicato con delibera n. _____ del _____

di aver chiesto, per almeno 90 giorni consecutivi, anche non a zero ore, la cassa integrazione in deroga per i propri dipendenti:

- avviata o in corso al 01/03/2010;
- iniziata successivamente al 01/03/2010;

che la cassa integrazione in deroga per i propri dipendenti ha inizio in data _____ e fine in data _____.

di aver di non aver
presentato la domanda di contributo **MAN Regionale** per il medesimo periodo di cassa integrazione in deroga.

Data _____ Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

Documento allegato: Carta di Identità Passaporto Patente di Guida

Oppure, in alternativa, autentica della firma a cura della

Associazione Datoriale Organizzazione Sindacale E.B.A. Territoriale _____

Firma del delegato sig./a: _____ che attesta l'autenticità della firma apposta in sua presenza dal dichiarante la cui identità è comprovata da:

conoscenza personale dell'autenticatore

Oppure, previa esibizione di Carta di Identità Passaporto Patente di Guida

N° documento _____ rilasciato da _____ il _____