

Allegati

PIANO PROVINCIALE DISABILITA'

Fondo 2024

AVVISO PUBBLICO

AZIONE SPERIMENTALE DI SISTEMA

"L'ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO DI GIOVANI CON DISAGIO PSICOSOCIALE"

PRIMA EDIZIONE

approvato con Determinazione dirigenziale n. 2181/2026

ALLEGATO 1 - DOMANDA DI FINANZIAMENTO

(Bollo a norma di lex)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ (____) in via _____

in qualità di legale rappresentante o soggetto firmatario autorizzato del Soggetto attuatore

_____ con sede in _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di mendaci dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76, del DPR 445/00 e successive modifiche e integrazioni

CHIEDE

di poter accedere al finanziamento per il progetto sottoindicato relativo all'avviso "AZIONE SPERIMENTALE PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO - AREA DISAGIO PSICOSOCIALE – Fondo 2024" per un importo totale pari a euro _____ come di seguito dettagliato.

Titolo progetto: _____

Numero destinatari: _____ (min. 3 max 6):

	TOTALE RICHIESTO
SERVIZI INDIVIDUALI	
SERVIZI DI GRUPPO - FORMAZIONE - MASSIMO 80h	
SERVIZI AGGIUNTIVI	
COORDINAMENTO %	
FINANZIAMENTO TOTALE RICHIESTO	

Così meglio specificati:

Servizi di gruppo:

per n.....destinatari:

SERVIZI DI GRUPPO			
Formazione in situazione (di gruppo in laboratori) FACOLTATIVA	131,63 ora/corso + € 0,90 ora/max 6 allievi		
Formazione per le competenze professionali o parti di esse FACOLTATIVA			
Formazione dlgs 81 FACOLTATIVA			
Formazione cittadinanza digitale OBBLIGATORIA IN CASO DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI FORMAZIONE			
Tutor d'aula per gruppo	€ 39,94		
Attività socializzante di gruppo (coaching di gruppo min 3 max 6 persone - MAX 1 GRUPPO A PROGETTO)	€ 39,94		

Servizi individuali:

(Replicare la tabella dei servizi individuali per ciascun destinatario del progetto)

Destinatario:			
.....			
Servizio	Costo unitario	durata	IMPORTO RICHIESTO
SERVIZI INDIVIDUALI			
Colloquio specialistico e orientamento al lavoro e valutazione del potenziale - valutazione di diagnosi funzionale per l'inclusione socio- lavorativa	€ 39,94		
Confronto ed elaborazione della proposta di percorso del partecipante			
Definizione del percorso			
Ricerca e accompagnamento al lavoro - scouting aziendale	€ 39,94		
Formazione e supporto al tutor aziendale			
Attività individuale di preparazione al lavoro			
Servizi di tutoraggio per il periodo di tirocinio di inclusione			
Servizi di tutoraggio per il periodo di tirocinio extracurricolare	€ 39,94		
Incontri in itinere tra servizi coinvolti			
Incontri in itinere con la persona e/o con la famiglia			
Indennità di tirocinio di inclusione	€ 150,00/mese		
Indennità di tirocinio extracurricolare max 6 mesi (se preceduto da TIS) max 9 mesi (se non preceduto da TIS) (è possibile richiedere l'importo massimo di € 3.150,00/dest., se non si sa ancora quali tipologie saranno attivate)	€ 350,00/mese		
SERVIZI AGGIUNTIVI			
Tutor di percorso (solo per progetti individuali)	€ 39,94		

COMUNICA

L'elenco nominativo dei destinatari inseriti nel progetto:

	NOME	COGNOME	C.F.	RESIDENZA	ISCRITTO LISTE SPECIALI L68 (si/no)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

In caso di utente già in carico ai servizi specialistici delle ASST in attesa del riconoscimento della certificazione unica di disabilità ex dlgs 62/2024, purché prima dell'avvio delle attività abbiano presentato il certificato unico introduttivo, allegare dichiarazione necessaria alla verifica dei requisiti (*Allegato 4 "dichiarazione possesso requisiti"*),

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni)

1. la non sussistenza delle clausole di esclusione di cui all'art. 38, comma 1 del D.Lgs n. 163/2006 e successive modifiche;
2. che nei confronti del legale rappresentante non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 10 della legge 31 maggio 1965 n. 575 ed indicate nell'allegato 1 al Decreto Legislativo 8/8/1994 n. 490 e successive modificazioni;
3. di rispettare la normativa in materia fiscale, previdenziale e di sicurezza dei lavoratori (D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche);
4. di essere in regola rispetto alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (art.17 Legge n. 68 del 12/3/1999);
5. di aver preso visione dell'informativa privacy relativa all'avviso pubblico cui la presente domanda si riferisce.
6. che i destinatari al momento della presentazione del progetto e sino alla conclusione delle relative attività non sono titolari di altre misure di politica attiva (ad esempio Dote Lavoro; Azioni di Rete, Azioni di Orientamento al lavoro, Azioni di sistema partner) o di altre misure finanziate da Regione Lombardia per l'inserimento lavorativo.

Dichiara inoltre:

1. la regolarità di quanto contenuto nella presente domanda, la conformità degli elementi esposti e la loro corrispondenza con quanto presente negli allegati;
2. che il progetto di cui sopra non è e non sarà oggetto di altri finanziamenti pubblici né di altri finanziamenti di Fondi Paritetici Interprofessionali;
3. di attenersi a tutte le disposizioni previste dal sopraccitato avviso, ivi incluse quelle relative al monitoraggio, alla valutazione;

4. di svolgere tutti il/i corso/i esclusivamente nella/e sede/i che saranno indicate nella comunicazione di avvio del progetto.

Allega quale parte integrante, alla presente domanda:

- *fac simile scheda progetto esecutivo;*
- *Accordo tra partner con ruoli e attività svolte*
- *Dichiarazione del legale rappresentante in qualità di collaboratore*
- *lettera/e di adesione al progetto di almeno un'impresa e di tutti gli eventuali soggetti coinvolti in qualità di collaboratori di rete*
- *lettera di collaborazione del Centro per l'Impiego - Collocamento mirato coinvolto*
- *Allegato 4 "dichiarazione possesso requisiti"- se necessario*

Il Legale rappresentante o soggetto delegato con potere di firma
(Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art.24 del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.)

FAC SIMILE - SCHEDA PROGETTO ESECUTIVO

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO PROPONENTE (capofila)

Denominazione:
Indirizzo sede legale:
Indirizzo sede operativa:
Referente proposta:
Recapito telefonico:
Recapito mail:
Recapito PEC:

DETTAGLIO PROPOSTA FORMATIVA

1) Informazioni generali

- Titolo del percorso/progetto:
 - Obiettivi e finalità del progetto:
 - Anagrafica e dati identificativi del Soggetto Attuatore: ragione sociale, indirizzo sede legale e operativa, referente e recapito telefonico e-mail (In caso di partenariato andranno indicati i dati relativi a tutti i soggetti coinvolti):
 - Anagrafica e dati identificativi del/i soggetto/i specializzati in servizi educativi e/o sanitari a favore di ragazzi e ragazze con spettro autistico:
- Denominazione, ragione sociale, indirizzo sede legale e operativa, referente e recapito telefonico e-mail:

2) Informazioni richieste per ogni azione formativa prevista dal progetto

- Numero dei partecipanti previsti (minimo 4 massimo 6):
- Durata dell'azione formativa (massimo 80 ore):
- Obiettivi specifici dell'azione formativa:
- Contenuti dell'azione formativa:

3) Dettaglio dei servizi che s'intende erogare a favore dei destinatari:

4) Informazioni relative ai percorsi di tirocinio che s'intendono attivare (indicare almeno un'impresa/cooperativa sociale che ha sottoscritto una lettera di adesione):

Luogo e data

Il Legale rappresentante o soggetto delegato con potere di firma

(Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art.24 del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.)

ALLEGATO 2 - AVVIO ATTIVITA' ED ELENCO DESTINATARI DEFINITIVO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov _____

il _____ Cod. Fiscale _____

In qualità di:

☐ Legale rappresentante

☐ Soggetto delegato con potere di firma

dell'ente capofila del progetto (*denominazione e ragione sociale*)

con sede legale nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

accreditata nella sezione _____ dell'albo regionale degli operatori accreditati con ID _____

COMUNICA

L'avvio delle attività per i seguenti destinatari inseriti nel progetto ammesso ID [indicare n° prot. Pec della domanda di finanziamento] _____

n. Destinatari _____

	NOME	COGNOME	C.F.	RESIDENZA	ISCRITTO LISTE SPECIALI L68	GIA' INSERITO ALLA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Allega quale parte integrante, alla presente Comunicazione:

- Calendario dei percorsi formativi;
- Sede e modalità di svolgimento dei percorsi formativi.

Firma del Legale rappresentante o soggetto delegato con potere di firma
(Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art.24 del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.)

ALLEGATO 3 - DOMANDA DI LIQUIDAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov _____

il _____ Cod. Fiscale _____

In qualità di:

☐ Legale rappresentante

☐ Soggetto delegato con potere di firma

dell'ente capofila del progetto (*denominazione e ragione sociale*)

_____ con sede legale nel Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

accreditata nella sezione _____ dell'albo regionale degli operatori accreditati con ID _____

CHIEDE

Per il Progetto ammesso ID [indicare n° prot. Pec della domanda di finanziamento] _____

il riconoscimento del seguente importo totale _____ per i seguenti servizi erogati come di seguito dettagliato:

	TOTALE RICHIESTO
SERVIZI INDIVIDUALI	
SERVIZI DI GRUPPO - FORMAZIONE - MASSIMO 80h	
SERVIZI AGGIUNTIVI	
COORDINAMENTO %	
FINANZIAMENTO TOTALE RICHIESTO	

Così meglio specificati:

Servizi di gruppo:

per n.....destinatari x n.ore:

SERVIZI DI GRUPPO			
Formazione in situazione (di gruppo in laboratori) FACOLTATIVA	131,63 ora/corso + € 0,90 ora/max 6 allievi		
Formazione per le competenze professionali o parti di esse FACOLTATIVA			
Formazione dlgs 81 FACOLTATIVA			
Formazione cittadinanza digitale OBBLIGATORIA IN CASO DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI FORMAZIONE			
Tutor d'aula per gruppo	€ 39,94		
Attività socializzante di gruppo (coaching di gruppo min 3 max 6 persone - MAX 1 GRUPPO A PROGETTO)	€ 39,94		

Servizi individuali:

(Replicare la tabella dei servizi individuali per ciascun destinatario del progetto)

Destinatario:			
Servizio	Costo unitario	durata	IMPORTO RICHIESTO
SERVIZI INDIVIDUALI			
Colloquio specialistico e orientamento al lavoro e valutazione del potenziale - valutazione di diagnosi funzionale per l'inclusione socio-lavorativa	€ 39,94		
Confronto ed elaborazione della proposta di percorso del partecipante			
Definizione del percorso			
Ricerca e accompagnamento al lavoro - scouting aziendale	€ 39,94		
Formazione e supporto al tutor aziendale			
Attività individuale di preparazione al lavoro			
Servizi di tutoraggio per il periodo di tirocinio di inclusione			
Servizi di tutoraggio per il periodo di tirocinio extracurriculare	€ 39,94		
Incontri in itinere tra servizi coinvolti			
Incontri in itinere con la persona e/o con la famiglia			
Indennità di tirocinio di inclusione	€ 150,00/mese		
Indennità di tirocinio extracurriculare Durata max 6 mesi (se preceduto da TIS) Durata max 9 mesi (se non preceduto da TIS)	€ 350,00/mese		
SERVIZI AGGIUNTIVI			

Tutor di percorso (solo per progetti individuali)	€ 39,94		
---	---------	--	--

ALLEGA:

1. fattura elettronica intestata a Provincia di Brescia pari all'importo della richiesta di liquidazione, nella quale devono essere riportati: l'avviso di riferimento, n. prot. pec domanda di finanziamento, il titolo di progetto;
2. tracciabilità dei flussi finanziari (allegato 5);
3. la relazione sull'attività svolta, sottoscritta digitalmente dal rappresentante legale del soggetto attuatore. tale relazione dovrà esplicitare i risultati conseguiti dal progetto e la loro coerenza e correlazione con gli obiettivi prefissati;
4. scansione del registro formativo¹ (nel caso di formazione in aula);
5. registro presenze attività socializzante di gruppo
6. timesheet di tutti gli operatori (anche degli eventuali servizi educativi e/o sanitari coinvolti) relativi all'erogazione delle azioni per ciascun destinatario;
7. relazione finale inerente ai tirocini svolti;
8. registro di presenze del tirocinio per ciascun destinatario controfirmato dal referente del soggetto che ospita il tirocinio;
9. Cedolini e copie bonifici per le indennità di tirocinio

Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000 e successive modifiche e integrazioni.

DICHIARA

- la regolarità di quanto contenuto nella presente domanda di liquidazione, la conformità dei dati esposti con quanto presente nei documenti inoltrati per via telematica nonché con la documentazione in originale conservata presso la propria sede;
- di essere consapevole che tali documenti possono essere richiesti da Provincia di Brescia in qualunque momento.

Firma del Legale rappresentante o soggetto delegato con potere di firma
(Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art.24 del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.)

¹ Si ricorda che il registro formativo e delle presenze deve essere fascicolato con pagine numerate e non asportabili con l'indicazione delle attività svolte e con la firma giornaliera degli allievi, dei docenti e del tutor delle eventuali altre funzioni intervenute nelle attività stesse competenti. Il registro deve riportare i loghi di Regione Lombardia e della Provincia di Brescia. Il registro deve essere compilato giorno per giorno in tutte le sue parti, contestualmente allo svolgimento delle operazioni che vengono registrate e allo svolgimento delle attività formative. Sul registro non devono essere apportate alterazioni, abrasioni e/o cancellature. Eventuali correzioni vanno opportunamente evidenziate, avendo cura di lasciare sempre leggibili le scritture errate che vengono sostituite. Il registro deve essere tenuto presso la sede di svolgimento del corso fino alla sua conclusione. Dopo la conclusione dell'azione formativa il registro deve essere conservato presso la sede del Soggetto Attuatore. In entrambi i casi dovrà essere reso disponibile per eventuali controlli sia in itinere che ex-post. Il non rispetto delle modalità di tenuta e conservazione del registro formativo porterà al non riconoscimento totale o parziale della relativa azione formativa.

ALLEGATO 4 - DICHIARAZIONE POSSESSO REQUISITI

Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

I/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____, residente a _____

in via _____ n _____, C.F. _____,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punita ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di essere in carico ai servizi specialistici delle ASST e in attesa del riconoscimento della certificazione unica di disabilità ex dlgs 62/2024, avendo presentato il certificato unico introduttivo in data _____.

- di impegnarsi, nel momento del riconoscimento, a comunicarne l'esito all'ente

capofila _____ che ha presentato il progetto

_____ nell'ambito dell'avviso "AZIONE SPERIMENTALE PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO - AREA DISAGIO PSICOSOCIALE", nonché a procedere all'iscrizione nelle Liste provinciali di cui all'art. 8.2 della L. 68/99 presso il Centro per l'impiego - Collocamento mirato di riferimento.

Data ____/____/____

Firma _____

In caso di firma autografa allegare la Carta di identità

ALLEGATO 5

COMUNICAZIONE DATI RELATIVI AI CONTI CORRENTI DEDICATI ALLE COMMESSE PUBBLICHE

DICHIARAZIONI RELATIVE ALL'APPLICAZIONE ART. 3 "TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI" L. 136/2010 "LEGGE ANTIMAFIA", MODIFICATA DAL D.L. N. 187/2010 CONVERTITO IN LEGGE N. 217/2010.

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____, Legale rappresentante della ditta/Società

con sede in _____,

codice fiscale _____ PARTITA IVA _____,

in applicazione dell'art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari" della L. 136/2010 "Legge antimafia" e successive modifiche e integrazioni, ed in merito al servizio/fornitura relativo al Piano Provinciale Disabili - Fondo 2024 della Provincia di Brescia,

COMUNICA QUANTO SEGUE

1. **estremi identificativi del conto corrente** (bancario o postale) dedicato, anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche/gestione dei finanziamenti pubblici sono i seguenti:
Banca/Ufficio postale (cancellare la voce che non interessa) _____
Agenzia n. _____
Conto corrente/Banco posta (cancellare la voce che non interessa):

codice IBAN:

identif. paese	codice controllo internaz. (numerico)	cin (alfab.)	codice abi (numerico)	codice cab (numerico)	numero di c/c (12 caratteri alfanumerici)

2. **le persone incaricate ad operare su di esso sono:**

n.	cognome e nome	data di nascita	codice fiscale

3. di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni entro i termini stabiliti dalla L. 136/2010 (cfr. art 3, comma 7);
4. di aver preso visione del contenuto dell'art. 3 della L. 136/2010 e di essere consapevole delle sanzioni in cui può incorrere in caso di inosservanza delle disposizioni ivi contenute.

DICHIARA altresì
(BARRARE UNA DELLE VOCI DI SEGUITO ELENcate)

- ☐ di essere un ente commerciale, ovvero non commerciale con attività commerciale e che dunque il contributo erogato DOVRA' essere interamente assoggettato ai fini IRPEF/IRPEG a ritenuta del 4%;
- ☐ di essere un ente commerciale, ovvero non commerciale con attività commerciale e che dunque il contributo erogato NON DOVRA' essere assoggettato ai fini IRPEF/IRPEG a ritenuta del 4%;
- ☐ di essere un ente non commerciale che non esercita attività commerciale e dunque che il contributo erogato NON DOVRA' essere assoggettato ai fini IPEF/IRPEG a ritenuta del 4%;
- ☐ di essere un ente commerciale, ovvero non commerciale con attività commerciale e che dunque il contributo erogato NON DOVRA' essere assoggettato alla ritenuta IRPEF/IRPEG del 4% in quanto ONLUS ai sensi dell'art.16 del D.lgs. 460/97.

Il dichiarante assume ogni responsabilità in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000. Resta inteso che ogni eventuale danno causato alla Provincia di Brescia, sarà a carico del dichiarante. A tal fine, la Provincia di Brescia si riserva di attivare ogni procedura utile alla ripetizione delle somme dovute.

LUOGO e DATA _____

Firma del Legale rappresentante o soggetto delegato con potere di firma
(Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art.24 del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.)
