Bando  
**INCLUSIONE.COOP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE** | | |
|  | | |
| **RAGIONE SOCIALE** | COOPERATIVA(\*): | |
| Tipo B | |
| Tipo A+B | |
| INDIRIZZO(\*): | |
| COMUNE(\*): | PROVINCIA:  REGIONE: |
| **CONTATTI** | REFERENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE(\*): | |
| TELEFONO: | |
| CELLULARE(\*): | |
| EMAIL(\*): | |
| PEC(\*): | |

|  |  |
| --- | --- |
| Data di costituzione(\*): 01/01/1900 | N. **Matricola CCI**(\*): PIVA(\*): |

Federazione Confcooperative di appartenenza(\*):

Settore di attività:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOCI** | n. Totale (\*) | 0 |
| Di cui svantaggiati(\*) | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LAVORATORI** | n. Totale attuali (\*) | 0 |
| Di cui svantaggiati(\*) | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fatturato ultimo esercizio** | Importo totale (\*) | € 0,00 |
| Di cui da attività finalizzate all’inserimento  lavorativo, art. 1 comma b, L.381/91 | € 0,00 |

**(\*)** Campi obbligatori

**INSERIMENTO LAVORATORI SVANTAGGIATI**

*(compilare la tabella scrivendo il numero di lavoratori svantaggiati previsti al posto dello zero)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Tot.num. **Full-Time:**  a tempo indeterminato:  a tempo determinato:  Tot.num. **Part-Time**:  a tempo indeterminato:  a tempo determinato: | 0  0  0  0  0  0 |
|  | INCLUSI |
|  | nel corso degli ultimi 12 mesi, |
|  | antecedenti la presentazione della domanda |
| **LAVORATORI** |  |
| **SVANTAGGIATI** |  |
|  |  |  |
| **(\*)** |  | Tot.num. **Full-Time:** | 0 |
|  | DA INCLUDERE | a tempo indeterminato: | 0 |
| a tempo determinato: | 0 |
|  | nel corso dei successivi 12 mesi dalla presentazione della domanda | Tot.num. **Part-Time:** | 0 |
|  |  | a tempo indeterminato: | 0 |
| a tempo determinato: | 0 |
|  |  |  |  |

**RICHIESTA CONTRIBUTO:**

*(selezionare uno o entrambe le forme di sostegno)*

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 | un contributo una tantum pari a **massimo euro 7.000 per ciascuna persona svantaggiata assunta** nel corso degli ultimi 12 mesi o che sarà assunta nel corso dei 12 mesi successivi alla data della candidatura (vedi regolamento) |
| 🞏 | **assistenza, accompagnamento e monitoraggio** da parte di Confcooperative Federsolidarietà FVG |

1. **DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO FORMATIVO** (vedi Regolamento del Bando) (\*)

(Scrivere qui)

1. **DESCRIZIONE DELL’ATTIVAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO** (vedi Regolamento del Bando)

(Scrivere qui specificando le modalità con cui verrà soddisfatto il criterio indicato)

1. **PRESENZA DELL’“OPERATORE DELL’INSERIMENTO LAVORATIVO” “SUPPORTER” “TUTOR” “MENTORE” CON TEMPO LAVORO SPECIFICAMENTE DEDICATO ALLA CURA DEI PERCORSI DI INSERIMENTO LAVORATIVO** (vedi Regolamento del Bando)

(Scrivere qui specificando le modalità con cui verrà soddisfatto il criterio indicato)