



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

IMPRESA PROPONENTE

Ragione Sociale	
Forma Giuridica	
Codice Fiscale	
Partita Iva	
Data Costituzione	
Data Scadenza	
CCIAA - Provincia	
Sezione	ORDINARIA
	SPECIALE
REA - Numero	
Data Iscrizione	
Codice ATECO	
CCNL	

SOGGETTO REFERENTE = *Legale Rappresentante*

Ruolo	<i>Legale Rappresentante</i>		
Cognome			
Nome			
Data Nascita			
Sesso			
Provincia di Nascita			
Comune di Nascita			
Codice Fiscale			
Provincia di Residenza			
Comune di Residenza			
Indirizzo di Residenza			
Numero Civico			
CAP			
Telefono			
Email			
Data Inizio Carica			
Fine Carica	INDETERMINATA		
	DETERMINATA		
	Data Fine Carica		
Potere di Rappresentanza	SI		
	NO		



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

GESTIONE SEDI

inserire TUTTE le sedi aziendali

SEDE 1

Tipo Sede		Sede Legale
		Sede Legale e Operativa
Provincia		
Comune		
Indirizzo		
Numero Civico		
CAP		
Telefono		
E-mail		
PEC		

SEDE 2

Tipo Sede	Sede Operativa
Provincia	
Comune	
Indirizzo	
Numero Civico	
CAP	
Telefono	
E-mail	
PEC	

SEDE 3

Tipo Sede	Sede Operativa
Provincia	
Comune	
Indirizzo	
Numero Civico	
CAP	
Telefono	
E-mail	



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

PEC	
-----	--



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

ALTRE INFORMAZIONI

Posizioni Assicurative

INPS - Matricola	
Sede di	
INAIL - Codice ditta	
Sede di	
CASSA EDILE - Codice Ditta	
Sede di	

Aiuti

Scegliere una tra le seguenti opzioni:

Aiuti di Stato	<input type="checkbox"/>	NON HA RICEVUTO altri “Aiuti di Stato” o contributi concessi a titolo di “ <i>de minimis</i> ” o Fondi UE a gestione diretta a valere sullo stesso progetto di cui si richiede il finanziamento
	<input type="checkbox"/>	HA RICEVUTO altri “Aiuti di Stato” o contributi concessi a titolo di “ <i>de minimis</i> ” o Fondi UE a gestione diretta a valere sullo stesso progetto che riguardano i medesimi costi ammissibili e di cui è in grado di produrre, laddove richiesto dall’Amministrazione Regionale, la documentazione giustificativa di spesa, e si impegna ad aggiornare ogni eventuale successiva variazione intervenuta fino al momento della concessione dell’aiuto di cui al presente bando

Caratteristiche

Classificazione	<input type="checkbox"/>	AUTONOMA
	<input type="checkbox"/>	ASSOCIATA
	<input type="checkbox"/>	COLLEGATA

Dimensione	<input type="checkbox"/>	Microimpresa (1-9)
	<input type="checkbox"/>	Piccola (10-49)
	<input type="checkbox"/>	Media (50-249)
	<input type="checkbox"/>	Grande (>250)

Obblighi verso Disabili

Con riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili, scegliere una delle seguenti tre opzioni:

<input type="checkbox"/>	Non è soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15
<input type="checkbox"/>	Non è soggetto in quanto pur avendo un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18.01.2000 o, anche se le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione
<input type="checkbox"/>	Di essere tenuto all’applicazione delle norme che disciplinano l’inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

Agevolazioni

<input type="checkbox"/>	L'impresa non deve restituire agevolazioni erogate per le quali è stata disposta dall'Organismo competente la restituzione
<input type="checkbox"/>	L'impresa ha restituito agevolazioni erogate per le quali è stata disposta dall'Organismo competente la restituzione

Detraibilità IVA

IVA Detraibile	<input type="checkbox"/>	SI
	<input type="checkbox"/>	NO



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

ORGANO SOCIETARIO

Tipo Organo		Consiglio di Amministrazione
		Amministratore Unico
		Amministratore Delegato
		Altro (specificare)
Data Inizio Carica		
Fine Carica		INDETERMINATA
		DETERMINATA
		Data Fine Carica

SOGGETTI COMPONENTI L'ORGANO SOCIETARIO - n° 1

ripetere scheda per TUTTI i componenti

Ruolo		
Cognome		
Nome		
Data Nascita		
Sesso		
Provincia di Nascita		
Comune di Nascita		
Codice Fiscale		
Provincia di Residenza		
Comune di Residenza		
Indirizzo di Residenza		
Numero Civico		
CAP		
Telefono		
Email		
Data Inizio Carica		
Fine Carica		INDETERMINATA
		DETERMINATA
		Data Fine Carica
Potere di Rappresentanza		SI
		NO



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

SOGGETTI COMPONENTI L'ORGANO SOCIETARIO – n°2

ripetere scheda per TUTTI i componenti

Ruolo		
Cognome		
Nome		
Data Nascita		
Sesso		
Provincia di Nascita		
Comune di Nascita		
Codice Fiscale		
Provincia di Residenza		
Comune di Residenza		
Indirizzo di Residenza		
Numero Civico		
CAP		
Telefono		
Email		
Data Inizio Carica		
Fine Carica	INDETERMINATA	
	DETERMINATA	
	Data Fine Carica	
Potere di Rappresentanza	SI	
	NO	

SOGGETTI COMPONENTI L'ORGANO SOCIETARIO – n°3

ripetere scheda per TUTTI i componenti

Ruolo	
Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Sesso	
Provincia di Nascita	
Comune di Nascita	
Codice Fiscale	
Provincia di Residenza	
Comune di Residenza	
Indirizzo di Residenza	



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

Numero Civico			
CAP			
Telefono			
Email			
Data Inizio Carica			
Fine Carica		INDETERMINATA	
		DETERMINATA	
	Data Fine Carica		
Potere di Rappresentanza		SI	
		NO	

SOGGETTI COMPONENTI L'ORGANO SOCIETARIO – n°4

ripetere scheda per TUTTI i componenti

Ruolo			
Cognome			
Nome			
Data Nascita			
Sesso			
Provincia di Nascita			
Comune di Nascita			
Codice Fiscale			
Provincia di Residenza			
Comune di Residenza			
Indirizzo di Residenza			
Numero Civico			
CAP			
Telefono			
Email			
Data Inizio Carica			
Fine Carica		INDETERMINATA	
		DETERMINATA	
	Data Fine Carica		
Potere di Rappresentanza		SI	
		NO	



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

Informazioni Anagrafiche del beneficiario **VOUCHER n°1**

Da ripetere per ognuno dei beneficiari (TUTTI i valori sono obbligatori)

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Sesso	
Provincia di Nascita	
Comune di Nascita	
Codice Fiscale	
Provincia di Residenza	
Comune	
Indirizzo di Residenza	
Numero Civico	
CAP	
Telefono	

Informazioni Lavorative

Tipologia	DIPENDENTE
	DIRIGENTE

N.B.: sono ammissibili i dirigenti solo se ANCHE dipendenti. Fa eccezione l'imprenditore che può non essere assunto

Riferimento Sede Operativa <i>Indicare in quale sede svolge la sua attività</i>	
Inquadramento Contrattuale	
Titolo di Studio	
Anzianità di Servizio	n. _____ anni
Data Assunzione (oppure Data Iscrizione CCIAA)	
Tipologia Contratto	TEMPO INDETERMINATO
	TEMPO DETERMINATO
Matricola	<i>Indicare 00000 se assente</i>
Percettore	SI



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

"percepisce assegni di sostegno al reddito (CIG, CIGS, ecc)?"	NO
---	----

Informazioni Anagrafiche del beneficiario **VOUCHER n°2**

Da ripetere per ognuno dei beneficiari (TUTTI i valori sono obbligatori)

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Sesso	
Provincia di Nascita	
Comune di Nascita	
Codice Fiscale	
Provincia di Residenza	
Comune	
Indirizzo di Residenza	
Numero Civico	
CAP	
Telefono	

Informazioni Lavorative

Tipologia	DIPENDENTE
	DIRIGENTE

N.B.: sono ammissibili i dirigenti solo se ANCHE dipendenti. Fa eccezione l'imprenditore che può non essere assunto

Riferimento Sede Operativa <i>Indicare in quale sede svolge la sua attività</i>	
Inquadramento Contrattuale	
Titolo di Studio	
Anzianità di Servizio	n. _____ anni
Data Assunzione (oppure Data Iscrizione CCIAA)	
Tipologia Contratto	TEMPO INDETERMINATO
	TEMPO DETERMINATO



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

Matricola		Indicare 00000 se assente
Percettore <i>“percepisce assegni di sostegno al reddito (CIG, CIGS, ecc)?”</i>		SI
		NO

Informazioni Anagrafiche del beneficiario **VOUCHER n°3**

Da ripetere per ognuno dei beneficiari (TUTTI i valori sono obbligatori)

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Sesso	
Provincia di Nascita	
Comune di Nascita	
Codice Fiscale	
Provincia di Residenza	
Comune	
Indirizzo di Residenza	
Numero Civico	
CAP	
Telefono	

Informazioni Lavorative

Tipologia	DIPENDENTE
	DIRIGENTE

N.B.: sono ammissibili i dirigenti **solo** se **ANCHE** dipendenti. Fa eccezione l'imprenditore che può non essere assunto

Riferimento Sede Operativa <i>Indicare in quale sede svolge la sua attività</i>	
Inquadramento Contrattuale	
Titolo di Studio	
Anzianità di Servizio	n. _____ anni
Data Assunzione	



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

(oppure Data Iscrizione CCIAA)		
Tipologia Contratto		TEMPO INDETERMINATO
		TEMPO DETERMINATO
Matricola		<i>Indicare 00000 se assente</i>
Perceptore <i>"percepisce assegni di sostegno al reddito (CIG, CIGS, ecc)?"</i>		SI
		NO

Informazioni Anagrafiche del beneficiario VOUCHER n°4

Da ripetere per ognuno dei beneficiari (TUTTI i valori sono obbligatori)

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Sesso	
Provincia di Nascita	
Comune di Nascita	
Codice Fiscale	
Provincia di Residenza	
Comune	
Indirizzo di Residenza	
Numero Civico	
CAP	
Telefono	

Informazioni Lavorative

Tipologia		DIPENDENTE
		DIRIGENTE

N.B.: sono ammissibili i dirigenti **solo** se **ANCHE** dipendenti. Fa eccezione l'imprenditore che può non essere assunto

Riferimento Sede Operativa <i>Indicare in quale sede svolge la sua attività</i>	
Inquadramento Contrattuale	
Titolo di Studio	



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

Anzianità di Servizio	n. _____ anni	
Data Assunzione (oppure Data Iscrizione CCIAA)		
Tipologia Contratto	<input type="checkbox"/>	TEMPO INDETERMINATO
	<input type="checkbox"/>	TEMPO DETERMINATO
Matricola		<i>Indicare 00000 se assente</i>
Percettore <i>"percepisce assegni di sostegno al reddito (CIG, CIGS, ecc)?"</i>	<input type="checkbox"/>	SI
	<input type="checkbox"/>	NO

Informazioni Anagrafiche del beneficiario VOUCHER n°5

Da ripetere per ognuno dei beneficiari (TUTTI i valori sono obbligatori)

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Sesso	
Provincia di Nascita	
Comune di Nascita	
Codice Fiscale	
Provincia di Residenza	
Comune	
Indirizzo di Residenza	
Numero Civico	
CAP	
Telefono	

Informazioni Lavorative

Tipologia	<input type="checkbox"/>	DIPENDENTE
	<input type="checkbox"/>	DIRIGENTE

N.B.: sono ammissibili i dirigenti solo se ANCHE dipendenti. Fa eccezione l'imprenditore che può non essere assunto

Riferimento Sede Operativa <i>Indicare in quale sede svolge la sua attività</i>	
--	--



PASS IMPRESE

(TUTTI I VALORI SONO OBBLIGATORI)

Inquadramento Contrattuale		
Titolo di Studio		
Anzianità di Servizio	n. _____ anni	
Data Assunzione (oppure Data Iscrizione CCIAA)		
Tipologia Contratto		TEMPO INDETERMINATO
		TEMPO DETERMINATO
Matricola		<i>Indicare 00000 se assente</i>
Percettore <i>"percepisce assegni di sostegno al reddito (CIG, CIGS, ecc)?"</i>		SI
		NO