**MODULISTICA SPECIFICA** **INNOVAZIONDE DELL’ORGANIZZAZIONE E/O DI PROCESSO**

**Premessa**

La modulistica relativa alle richieste di erogazione si suddivide in:

* Modulistica generale da utilizzare per tutte le richieste di erogazione;
* Modulistica specifica per eventuale progetto di Innovazione, da presentare in aggiunta alla modulistica generale;

Le spese sostenute per i progetti di innovazione dell’organizzazione e/o di processo, devono essere rendicontati congiuntamente ad uno stato avanzamento lavori del progetto di Investimento produttivo e/o di Tutela ambientale.

In caso di rete i moduli vanno presentati da ogni soggetto coinvolto nell’investimento che necessita di presentare un SAL.

*Tutta la modulistica deve essere stampata in formato pdf, nonché firmata digitalmente.*

Di seguito si elencano i moduli (\*):

* Modulo I.O. - Sintesi: Riepilogo spese rendicontate……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… 22
* Modulo I.O. - P1: Elenco personale rendicontato………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… [3](#ModuloP1)
* Modulo I.O. - P2: Timesheet personale rendicontato……………………………………………………………………………………………………………………………………………………[4](#ModuloP2)
* Modulo I.O. - P3: Schema di calcolo del costo orario…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… [5](#ModuloP3)
* Modulo I.O. - P4: Schema di calcolo delle ore lavorabili……………………………………………………………………………………………………………………………………………… [6](#ModuloP4)
* Modulo I.O. - P5: Dettaglio pagamenti del costo del personale (utilizzare anche D.S.A.N. in formato word) ……………………………………………………………… [7](#ModuloP5)
* Modulo I.O. - S.A.: Strumenti ed attrezzature……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… [9](#ModuloSA)
* Modulo I.O. - R.C.: Ricerca contrattuale……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… [10](#ModuloRC)
* Modulo I.O. - M1: Spese per materiali………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… [11](#ModuloM1)
* Modulo I.O. - M2: Prelievo di materiali già acquistati (utilizzare anche D.S.A.N. in formato word) ……………………………………………………………………………. [12](#ModuloM2)
* Modulo I.O. - S.G.: Spese generali (utilizzare anche D.S.A.N. in formato word) …………………………………………………………………………………………………………. [13](#ModuloSG)

(\*) Per la modulistica specifica dei progetti di *Innovazione dell’organizzazione e/o innovazione del processo* è disponibile anche in Excel per consentire una più facile compilazione dei moduli in Word.

Note:

L’importo del costo del Personale dovrà essere così determinato: Costo orario (da quantificare secondo le indicazioni presenti nel modulo P3) moltiplicato per le ore lavorate sul progetto e risultanti dai Timesheet mensili (Modulo I.O. - P2).

Con riferimento alle spese per Strumenti ed attrezzature, Ricerca contrattuale e Materiali, è necessario che per ciascun fornitore vengano prodotti anche i Moduli 6a e 6b della modulistica generale (Dichiarazioni dei fornitori).

L’importo delle Spese generali ammesse sarà determinato applicando la percentuale di incidenza risultante dalla dichiarazione sostitutiva d’atto notorio di cui al Modulo I.O. – S.G., all’importo del costo del personale ammesso a seguito dell’accertamento della spesa rendicontata nel SAL, nei limiti di quanto ammesso in sede di ammissione alle agevolazioni.

*(Modulo I.O. - Sintesi)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RIEPILOGO DELLE SPESE RENDICONTATE SAL N. X BENEFICIARIA XXXX XXX PROT. XXXXX** |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
| (denominazione socialedel soggetto beneficiario)  | Costi sostenuti dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |  |  |  |   |
| PROGETTO DI INNOVAZIONE DELL’ORGANIZZAZIONE  |  |   |
| *Località di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |   |
| **Macrovoci di costo** | **Spese ammissibili da Contratto** | **Spese rendicontate** |  |  |  |   |
|   |
| *a) Personale*  |  € -  |  € -  |  |  |  |   |
| *b) Strumenti e attrezzature* |  € -  |  € -  |  |  |  |   |
| *c) Ricerca contrattuale* |  € -  |  € -  |  |  |  |   |
| *d) Spese generali*  |  € -  |  € -  |  |  |  |   |
| *e) Materiali* |  € -  |  € -  |  |  |  |   |
| ***Totale*** |  **€ -**  |  **€ -**  |  |  |  |   |
| *Il sottoscritto dichiara che:- gli importi contenuti nel presente rendiconto sono conformi alle risultanze contabili aziendali;- i contributi di legge o contrattuali e gli oneri differiti considerati nel calcolo del costo orario corrispondono a quelli previsti dalla vigente normativa e sono stati effettivamente pagati o (limitatamente agli oneri differiti) accantonati;- sono state rispettate tutte le prescrizioni di legge, in particolare in materia fiscale, ambientale e di pari opportunità;- per le spese contenute nel presente rendiconto non sono state ottenute ulteriori agevolazioni nazionali o comunitarie. Il legale rappresentante o suo procuratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma digitale)* |
| **Documentazione da allegare in aggiunta alla modulistica:** |
| 1.      estratti del libro giornale e del registro iva con evidenza dei titoli di spesa rendicontati; |
| 2.      estratti del libro dei cespiti ammortizzabili con evidenza dei beni oggetto di rendicontazione; |
| 3.      copia dei contratti di fornitura/ordini/conferme d’ordine di beni e servizi; |
| 4.      F24 di pagamento delle R.A. relative alle prestazioni dei professionisti e relativi mastrini (Ricerca Contrattuale); |
| 5.      copia delle evidenze di pagamento (bonifici, Ri.Ba., RID, estratti conto bancari, mod. F24, lista movimenti pagamenti cumulativi e, se richiesti, mastrini fornitori, cespiti, banche ecc.). |
| 6.      rapporto tecnico sullo stato di avanzamento del progetto con raffronto tra obiettivi previsti e conseguiti, con riferimento ai costi sostenuti; |
| 7.      buste paga e LUL del personale rendicontato; |
| 8.      documentazione bancaria attestante il pagamento degli emolumenti del personale rendicontato e del versamento delle ritenute IRPEF e dei contributi sociali (modelli F24, modelli UNIEMENS e relative quietanze); |
| 9.      copia delle fatture per le spese generali per un importo almeno pari a quello rendicontato. |

|  |
| --- |
| *(**Modulo I.O. -P1)* |
| **ATTIVITA' DI DI INNOVAZIONE ORGANIZZAZIONE PERSONALE DIPENDENTE** |  |
| *Denominazione sociale del soggetto beneficiario* | PROGETTO DI CUI AL PROT. XXXXX |   |   |
|  |  |  |  |  |   |
| PERIODO DAL\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |  | AL\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **Cognome e nome** | **Luogo di svolgimento del Progetto**  | **Mansione(1)** | **Annualità** | **Costo orario** | **Ore dedicate al progetto** | **Costo richiesto** |
|  |
| ROSSI GIUSEPPE |   |   | 2019 |  € -  |   |  € -  |  |
| ROSSI GIUSEPPE |   |   | 2020 |  € -  |   |  € -  |  |
|   |   |   |   |  € -  |   |  € -  |  |
|   |   |   |   |  € -  |   |  € -  |  |
|   |   |   |   |  € -  |   |  € -  |  |
|   |   |   |   |  € -  |   |  € -  |  |
|   |   |   |   |  € -  |   |  € -  |  |
|   |   |   |   |  € -  |  |  € -  |  |
| **TOTALE** | **0** |  **€ -**  |  |
| (1) tecnico, ricercatore, personale ausiliario. |  |
|  |  |
|  |  |
| Costo orario: | per la determinazione del costo orario vedasi Allegato P3 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *(**Modulo I.O. - P2)* |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **Progetto Prot. XXXXX** |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Anno solare** |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **SAL n°** |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Nominativo risorsa** |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Contratto applicato:**  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Descrizione attività** | **MESE DI ……………..**  | **TOTALEORE** |   |
|   | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |   |
|   | Attività progetto Innovazione dell'organizzazione |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0 |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **Tot. Ore progetto** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | Altri progetti finanziati  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | ……….. |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Attività ordinaria |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Malattia  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Ferie  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Permessi  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Ore trasferte |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | Ore formazione |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **TOTALE ORE Giorno lavorativo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Data e firma dell'addetto al progetto**  |  |  | **Sigla del Direttore Amministrativo o del Responsabile del Personale** |  |  | **Sigla del Responsabile del progetto**  |   |
|   |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| *(**Modulo I.O. - P3)* |
| **PROSPETTO DI CALCOLO DEL COSTO ORARIO** |
| **ANNO SOLARE:**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Nome e Cognome** | **Qualifica** | **Data iniziorapportodi lavoro** | **Sede dilavoro** | **Tipologiadi rapportodi lavoro** | **Inquadramento** | **Retribuzionediretta al nettodi straordinarie diarie(ES. RALx12)** | **Retribuzioneindiretta ‐rateo TFR**  | **Retribuzioneindiretta ‐mensilitàaggiuntive13^, 14** | **Oneriprevidenziali eassistenziali acarico delbeneficiarionon compresiin busta paga(ovvero non acarico deldipendente)** | **Ulterioricostiprevisti dacontratto** | **Costoannuolordo** | **Monte oreannuoconvenzionale**  | **Costoorario**  |
|  |
| **( A )** | **( B )** | **( C )** | **( D )** | **( E )** | **(F=A+B+C+D+E)** | **( G )** | **( F/G )** |  |
|   |   |   |   |   |   |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  € -  |  |  |
| *(A): retribuzione diretta: retribuzione lorda mensile per 12 mensilità (con esclusione dei compensi per lavoro straordinario e diarie) + superminimo + contingenza + premio di indennità contrattuale + scatti di anzianità*  |  |
| *(E): premi di produzione e premio presenza (se contrattualmente previsti)* |  |

|  |
| --- |
| *(**Modulo I.O. - P4)* |
| ***CALCOLO DEL MONTE ORE ANNUO DEI DIPENDENTI FULL TIME E CON ANNUALITA' COINCIDENTE CON L'ANNO SOLARE***  |
|  |
| **CALCOLO DEL MONTE ORE ANNUO DI LAVORO (A SOLO TITOLO ESEMPLIFICATIVO)** |  |
| ***ORE DI LAVORO***  | 52 settimane x 40 ore settimanali  | 2.080 |  |
|   |  - ferie (20 giorni x 8 ore)  | -160 |  |
|   |  - Permessi retribuiti (9 giorni x 8 ore)  | -72 |  |
|   |  - Riposi per festività soppresse (4 giorni x 8 ore) | -32 |  |
|   |  - Festività cadenti in giorni lavorativi (9 giorni x 8 ore) | -72 |  |
| **TOT. MONTE ORE ANNUO CONVENZIONALE** | **1.744** |  |
|   |  |
| ***CALCOLO DEL MONTE ORE ANNUO DEI DIPENDENTI PART-TIME E CON ANNUALITA' COINCIDENTE CON L'ANNO SOLARE***  |  |
|  |
| **CALCOLO DEL MONTE ORE ANNUO DI LAVORO**  |  |
| ***ORE DI LAVORO***  | XX settimane x YY ore settimanali  |   |  |
|   |  - ferie (XX giorni x Y ore)  |   |  |
|   |  - Permessi retribuiti (X giorni x Y ore)  |   |  |
|   |  - Riposi per festività soppresse (X giorni x Y ore) |   |  |
|   |  - Festività cadenti in giorni lavorativi (X giorni x Y ore) |   |  |
| **TOT. MONTE ORE ANNUO CONVENZIONALE** | **0** |  |
|   |  |
| ***CALCOLO DEL MONTE ORE ANNUO DEI DIPENDENTI DI FATTISPECIE NON RIENTRANTI NEI CASI DI CUI SOPRA (SPECIFICARE)***  |  |
|  |
| **CALCOLO DEL MONTE ORE ANNUO DI LAVORO**  |  |
| ***ORE DI LAVORO***  | XX settimane x YY ore settimanali  |   |  |
|   |  - ferie (XX giorni x Y ore)  |   |  |
|   |  - Permessi retribuiti (X giorni x Y ore)  |   |  |
|   |  - Riposi per festività soppresse (X giorni x Y ore) |   |  |
|   |  - Festività cadenti in giorni lavorativi (X giorni x Y ore) |   |  |
| **TOT. MONTE ORE ANNUO CONVENZIONALE** | **0** |  |

*(**Modulo I.O. -*  *P5)*

***Carta intestata della impresa beneficiaria***

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cognome) (nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della Società/Ditta/Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ P.I./COD. FISC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000,*

**D I C H I A R A**

che gli **stipendi** relativi al personale indicato nella rendicontazione del progetto di cui al Protocollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , n° SAL \_\_\_ CUP n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono state integralmente e correttamente pagati, come da prospetto di dettaglio in allegato, e che i relativi **contributi previdenziali, assistenziali, e le ritenute fiscali**

 sono state integralmente e correttamente versati, pertanto non vi sono rateazioni in corso;

 sono oggetto delle seguenti rateazioni in corso *(riportare i dettagli delle rateazioni concordate)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..

Luogo e data

 *Il legale rappresentante o suo procuratore*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma digitale, ovvero firma resa autentica allegando copia di documento di identità ai sensi dell’art. 38 DPR 445/2000)*

***Allegato:*** Prospetto di dettaglio

*(Modulo I.O. - P5) - Prospetto di dettaglio*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NR.PROG**  | **COGNOME E NOME** | **ANNOBUSTA PAGA** | **MESEBUSTA PAGA** | **RETRIBUZIONENETTA TOTALEBUSTA PAGA** | **IMPORTODELFLUSSO** | **DATA DIPAGAMENTO** |  **RITENUTEFISCALI** | **RATEAZIONIIN CORSO(SI/NO)** | **IMPORTODELFLUSSO** | **DATA DIPAGAMENTO** |  **CONTRIBUTIPREVIDENZIALIE ASSISTENZIALI**  | **RATEAZIONIIN CORSO(SI/NO)** | **IMPORTODELFLUSSO** | **DATA DIPAGAMENTO** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| *(**Modulo INN - SA)* |
|  |
| **DETTAGLIO IMPUTAZIONE ATTREZZATURE AMMORTIZZABILI - PROGETTO INNOVAZIONE DELL'INNOVAZIONE** |
| **descrizionedel beneed eventualecodice/numeroidentificativo** | **Categoriadel bene** | **Anno diammortamento**  | **fornitore** | **numerofattura** | **datafattura** | **Imponibile** | **IVA** | **datapagamento** | **datainizioutilizzodel bene** | **costodel bene** | **% Amm ord. fiscale** | **giornatedi utilizzonel progetto**  | **%di utilizzonel progetto**  | **Totalerendicontatoal progetto** |
|  |
|  |
| **( A )** | **( B )** | **( C )** | **( D )** | **(A x B x C) x D360** |  |
|  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  € 10.000,00  | 20% | 100 | 100% |  € 555,56  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |
| **COSTO**  |  € 555,56  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Note esplicative:Questa voce comprende i costi relativi ad apparecchiature e strumentazioni specifiche di ricerca, che verranno utilizzate: o ad uso esclusivo del progetto; o per progetti diversi (cosiddette ad utilità ripetuta), ma pur sempre acquisite funzionalmente per il progetto. Pertanto, la relativa spesa può essere riconosciuta limitatamente: o al periodo di operatività del progetto; o alla quota d'uso effettivamente utilizzata sul progetto. Il criterio di determinazione del costo ammissibile per le attrezzature e le strumentazioni è quello della quota d'uso riconducibile all'utilizzo effettivo e si basa sull'applicazione della seguente formula: (A x B x C) x D  360 A = costo di acquisto dell'attrezzatura o strumentazioneB = aliquota ordinaria di ammortamentoC = giornate di utilizzo dell'attrezzatura o della strumentazione sul progetto di ricercaD = % di utilizzo effettivo dell'attrezzatura o della strumentazione nell'ambito del progetto.In particolare, si evidenzia che, la data da considerare per il calcolo dei mesi di utilizzo può differire rispetto alla data di acquisto, in tali casi allegare documentazione comprovante la data di entrata in funzione (es. bolla di consegna del bene, verbale di collaudo, etc.),In ogni caso, per strumenti e attrezzature acquistate dai soggetti proponenti e utilizzate per le attività di ricerca del progetto, sono ammissibili i costi relativi alla quota d'uso specifica del progetto, e a condizione che il bene non abbia esaurito la propria vita utile, cioè che sia ancora almeno in quota parte soggetto ad ammortamento. |  |

|  |
| --- |
| *(**Modulo I.O. - RC)* |
|  |  |  |  |
| **PROGETTO INNOVAZIONE DELL'INNOVAZIONE – RICERCA CONTRATTUALE** |   |  |  |  |  |  |
| *Denominazione sociale del soggetto beneficiario* | BENEFICIARIA XXXX PROT. XXXXX |
| PERIODO DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Descrizione**  | **ubicazione** | **fornitore** | **numero fattura**  | **data fattura**  | **data pagamento**  | **costo imputato** |
|   |   |   |   |   |   |  € -  |
|   |   |   |   |   |   |  € -  |
| **TOTALE**  |  € -  |

|  |
| --- |
| *(**Modulo I.O. - M1)* |
|  |  |  |  |
| **PROGETTO DI INNOVAZIONE DELL’ORGANIZZAZIONEMATERIALI**  |   |  |  |  |  |  |
| *Denominazione sociale del soggetto beneficiario* | BENEFICIARIA XXXX PROT. XXXXX – PROGETTO DI INNOVAZIONE DELL'INNOVAZIONE |
| PERIODO DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Descrizione**  | **ubicazione** | **fornitore** | **numero fattura** | **data fattura** | **data pagamento**  | **costo imputato** |
|   |   |   |  € -  |   |   |  € -  |
|   |   |   |  € -  |   |   |  € -  |
| **TOTALE**  |  € -  |

*(**Modulo I.O. - M2)*

***Carta intestata della impresa beneficiaria***

**Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà**

*(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)*

Il/La sottoscritto/a ....................................................... nato/a a .................................................... il .................. residente a ...................................................... in via ............................................................ n. .... in qualità di legale rappresentante della società .................................................................. Partita IVA .................................... con sede legale in ………………………………............ prov. ........... Via ....................................................... n........, *a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi*,

**DICHIARA CHE**

i prelievi di magazzino richiesti alle agevolazioni dalla scrivente società ......................................................, imputati alla voce Materiali della rendicontazione di SAL n…... del programma di cui al protocollo ……. ......................................................, ammesso alle agevolazioni previste dal progetto di cui al CUP…………….:

* sono rappresentativi di prelievi di magazzino finalizzati ad uso esclusivo del predetto programma;
* sono da riferire a documenti di spesa integralmente pagati;
* il valore rendicontato corrisponde al costo di inventario di magazzino con esclusione di qualsiasi ricarico per spese generali.

Si allega:

* documentazione comprovante le quantità prelevate e la relativa valorizzazione (es. contabilità di magazzino, distinte base, bolle di prelievo, ... altro);
* documentazione comprovante lo smaltimento/cessione dei suddetti beni (a titolo esemplificativo: verbale di distruzione dei beni inutilizzati e/o degli scarti di lavorazione, ricevuta della discarica .... altro).

Luogo e data

 *Il legale rappresentante o suo procuratore*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma digitale, ovvero firma resa autentica allegando copia di documento di identità)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **PROGETTO DI INNOVAZIONE DELL’ORGANIZZAZIONE MATERIALI DI MAGAZZINO** |   |  |  |  |  |  |  |
| *Denominazione sociale del soggetto beneficiario* | BENEFICIARIA XXXX PROT. XXXXX – PROGETTO DI INNOVAZIONE DELL’ORGANIZZAZIONE |
| PERIODO DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Descrizione**  | **ubicazione** | **data prelievo** | **rif. Inventario** | **valore inventario unitario** | **quantità** | **valore inventario tot.** | **costo imputato** |
|   |   |   |   |   |   |   |  € -  |
|   |   |   |   |   |   |   |  € -  |
| **TOTALE**  |  € -  |

*(**Modulo I.O. - SG)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D’ATTO NOTORIO**

**RELATIVA AI DATI CONTABILI UTILI PER IL CALCOLO DELLE SPESE GENERALI**

Spett.le Agenzia nazionale per l’attrazione degli investimenti e lo sviluppo d’impresa S.p.A.

|  |
| --- |
| **DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO**  |

C.F. ….……………………………………………………………………………………………………………………..….

Posta elettronica certificata (*come risultante dal Registro delle imprese*): ………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Denominazione impresa: ……………………………………………………………………………………………………

Con sede legale in ………………………………………………………..…………, prov. …………, c.a.p. ………….., via e n. civ. ……………………………………………………………………………………………………………………

Natura giuridica ………………………………… dimensione …………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **DATI RELATIVI AL FIRMATARIO DELLA DICHIARAZIONE**  |

Il/la sottoscritto/a ………………………….……….. nato/a a …………………….…………….. (…..) il ……………… residente a ………………….…….……….. in via …………….……………..……….. n. … in qualità di Presidente del Collegio Sindacale[[1]](#footnote-1) della Società ………………………………………. con sede in ……………………..……., via ……………………………………..…..…..……… n. ……., C.F. e P.VIA ………………………..………………….,

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DELL’ART. 47 D.P.R. n. 445/2000**  |

**D I C H I A R A**

che sulla base dei dati contabili dell'impresa ............................................................................... relativi all'impresa beneficiaria nella sua interezza e non alla specifica unità produttiva:

* l'importo totale delle spese generali aziendali (Totale della Tab. A), relativo al periodo di svolgimento del progetto di innovazione dell’organizzazione rilevabile dai dati contabili dei relativi bilanci approvati, ovvero dell'ultimo bilancio approvato, alla data della presente dichiarazione[[2]](#footnote-2) è pari ad € ........................... così come dettagliato nella tabella A;
* l'importo totale del costo del personale aziendale (Totale della Tab. b) relativo al periodo di svolgimento del progetto di innovazione dell’organizzazione rilevabile dai dati contabili dei relativi bilanci approvati, ovvero dell'ultimo bilancio approvato, alla data della presente dichiarazione è pari ad € .......... così come dettagliato nella tabella B;
* di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dei benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *(Modulo I.O. - SG)* |  |
| **IMPORTO DELLE SPESE GENERALI – TAB. A**  |  |
| **VOCI DI BILANCIO CEE E CORRISPONDENTI CONTI ANALITICI DA BILANCIO DI VERIFICA** | **DATI RELATIVI AGLI ESERCIZI DI SVOLGIMENTO DEL PROGRAMMA** |  |
|  |
|  |
| **DESCRIZIONESPESE** | **Descrizionesottocontoda bilanciodi verifica** | **Codicesottocontoda bilanciodi verifica** | **Vocedi BilancioCEE** | **Iesercizio** | **IIesercizio** | **IIIesercizio** | **TOTALE** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Spese commerciali**  | Fattorini |   |   |   |   |   |   |  |
| Pulizia |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Costi per utenze** | Energia Elettrica |   |   |   |   |   |   |  |
| Acqua |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Spese amministrative- funzionalità operativa** | Posta |   |   |   |   |   |   |  |
| Cancelleria |   |   |   |   |   |   |  |
| Fotocopie |   |   |   |   |   |   |  |
| Abbonamenti |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Spese amministrative - funzionalità organizzativa** | Corsi |   |   |   |   |   |   |  |
| Congressi |   |   |   |   |   |   |  |
| Mostre |   |   |   |   |   |   |  |
| Fiere |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Spese di viaggio e soggiorno** | Fattorini |   |   |   |   |   |   |  |
| Pulizia |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Altri costi del personale- assistenza al personale** | Infermeria |   |   |   |   |   |   |  |
| Mensa |   |   |   |   |   |   |  |
| Trasporti - vitto - Alloggio missioni |   |   |   |   |   |   |  |
| Previdenza interna |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Assicurazione Cespiti** | Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Ammortamenti e canoni** | Ammortamenti e canoni di Locazione/leasing, Immobili, impianti generalied attrezzature |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Spese di manutenzione** | Manutenzione ordinaria e straord.  |   |   |   |   |   |   |  |
| Manutenzione impianti generali |   |   |   |   |   |   |  |
| Manutenzione strumentazione |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| Altro (specificare) |   |   |   |   |   |   |  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **TOTALE A** | **0** | **0** | **0** | **0** |  |
|   |  |
| **IMPORTO DEL COSTO DEL PERSONALE – TAB. B**  |  |
| **VOCI DI BILANCIO CEE E CORRISPONDENTI CONTI ANALITICI DA BILANCIO DI VERIFICA** | **DATI RELATIVI AGLI ESERCIZI DI SVOLGIMENTO DEL PROGRAMMA** |  |
|  |
|  |
| **DESCRIZIONE SPESE** | **Descrizionesottocontoda bilanciodi verifica** | **Codicesottocontoda bilanciodi verifica** | **Vocedi BilancioCEE** | **Iesercizio** | **IIesercizio** | **IIIesercizio** | **TOTALE** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Spese per il personale dipendente, al netto di quello già imputato a spese generali  | Indicare anche il costo del personale riclassificato nello Stato Patrimoniale tre le immobilizzazioni immateriali  |   |   |   |   |   |   |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| Spese per il personale non dipendente (*collaboraz. coord. e continuativa, interinale, intragruppo*), al netto di quello già imputato a spese generali  | Indicare anche il costo del personale riclassificato nello Stato Patrimoniale tre le immobilizzazioni immateriali  |   |   |   |   |   |   |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Sub totale** |   |   |   | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **TOTALE B** | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| **Rapporto Totale A/Totale B** |  |  |  |  |  |

**INFINE, IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA CHE**

* conseguentemente a quanto sopra riportato, l'incidenza percentuale delle spese generali sul costo del personale aziendale nel periodo di svolgimento del progetto (***Rapporto Totale A/Totale B***) è pari a \_\_\_\_\_%;
* le spese di cui ai costi generali rendicontati risultano nella contabilità aziendale dell'impresa beneficiaria e sono stati regolarmente pagati per la quota di competenza del periodo e del progetto in esame;
* la quota parte delle spese indicate nel precedente prospetto di raccordo ai bilanci d'esercizio imputata al progetto non è stato oggetto di altre agevolazioni nel rispetto della normativa riguardante il divieto di cumulo delle agevolazioni relativa agli aiuti pubblici connessi alle imprese.

Luogo e data

 *Il Presidente del Collegio Sindacale*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(firma digitale, ovvero firma resa autentica allegando copia di documento di riconoscimento)*

1. Per le imprese che non dispongono di tale organo, l’autocertificazione dovrà essere rilasciata da un professionista iscritto nell’albo dei revisori dei legali. In tal caso, andrà sostituito il riferimento al presidente del collegio sindacale, sia al punto 2 sia nella firma, con il riferimento al professionista opportunamente incaricato dalla società. [↑](#footnote-ref-1)
2. Per ciascun SAL intermedio, i dati da dichiarare, sono quelli relativi ai bilanci intercettati dal SAL ed approvati alla data della dichiarazione. Qualora alla suddetta data uno o più di tali bilanci non siano stati ancora approvati, i dati da identificare per il/i relativo/i esercizio/i sono quelli dell’ultimo bilancio approvato.

A conclusione del programma, al fine di consentire la determinazione della effettiva incidenza delle spese generali sul costo del personale, la dichiarazione deve essere redatta e sottoscritta con riferimento a tutti gli esercizi di svolgimento del programma, indicando, per ciascuno di essi, i dati del relativo bilancio nel frattempo approvato, ovvero, per l’/gli esercizio/i per il/i quale/i lo stesso non è disponibile, i dati dell’ultimo bilancio approvato.

Per i SAL intermedi, pertanto, i dati sono dichiarati ed assunti in via provvisoria; la verifica definitiva delle spese generali, per le conseguenti determinazioni, viene effettuata in occasione del SAL finale, con i dati di tutti i bilanci che risultano approvati. [↑](#footnote-ref-2)