**TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

**DALLE ORE 9.00 DEL 8 MAGGIO 2025 ALLE ORE 17.00 DEL 31 DICEMBRE 2025**

**DA INVIARE VIA PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA) ALL’INDIRIZZO**

* **Per il territorio provinciale di Gorizia:** **ebtfvg.gorizia@legalmail.it**
* **Per il territorio provinciale di Pordenone: ebtfvg.pordenone@legalmail.it**
* **Per il territorio provinciale di Trieste:** **ebtfvg.trieste@legalmail.it**
* **Per il territorio provinciale di Udine:** **ebtfvg.udine@legalmail.it**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto | Nome | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Cognome | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Codice Fiscale | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Residente a | Comune | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | CAP |  |
| via | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | N. |  |
| Telefono |  | Cell. |  | |
| email | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |

**In qualità di titolare /legale rappresentante dell’impresa del settore del Commercio:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Forma giuridica | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Codice Fiscale | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| P.IVA | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | | |
| Con sede legale in | Comune | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | CAP |  |
| via | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | N. |  |
| Tel. | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | |
| email | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | | |

**PER CIASCUNA LINEA DOVRÀ ESSERE PRESENTATA UNA SPECIFICA SINGOLA DOMANDA**

È ammissibile la presentazione di un massimo di 2 domande nel corso dell’anno per linee diverse di contributo, fermo restando i massimali previsti per ciascun contributo

**Presenta Domanda per (selezionare una sola casella):**

**Linea 1 - FORMAZIONE:**

☐ **PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA E CONTINUA DA PARTE DEI DIPENDENTI E TITOLARI**

**Linea 2 - SICUREZZA:**

☐ **ORIENTAMENTO E ASSISTENZA IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO E HACCP**

☐ **VISITE MEDICHE AZIENDALI**

☐ **ACQUISTO DIVISE DI LAVORO/DPI**

**Linea 3 - INNOVAZIONE TECNOLOGICA:**

☐ **CONSULENZA E INVESTIMENTI PER L’INNOVAZIONE TECNOLOGICA DEI PROCESSI AZIENDALI**

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

☐ Di aver regolarmente versato i relativi contributi all’Ente Bilaterale Territoriale del Terziario FVG nelle percentuali previste per il settore Terziario negli ultimi 3 mesi;

☐ Di applicare il CCNL dei settori Terziario sottoscritti dalla Confcommercio o Federazioni aderenti alla stessa e dalle OO.SS. dei lavoratori;

☐ Di rispettare tutte le condizioni di sicurezza e salute previste dalla legislazione vigente;

☐ Di non aver presentato lo stesso documento di spesa in più domande di contribuzione presentate all’Ente Bilaterale;

☐ Di conoscere e rispettare tutti i requisiti per l’accesso ai contributi dell’Ente Bilaterale di cui al “Regolamento per la presentazione delle domande” e in particolare:

1. Sono beneficiarie le imprese con dipendenti iscritti al CCNL del Terziario e regolarmente iscritte al Comitato provinciale di competenza dell’EBT F.V.G. da almeno 3 mesi;
2. L’azienda potrà accedere ai contributi solamente per le sedi o filiali nella provincia di competenza dove viene versato il contributo dell’Ente Bilaterale;
3. Il periodo di ammissibilità delle prestazioni / acquisti decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025;
4. Le domande dovranno essere presentate entro le ore 17.00 del 31 dicembre 2025;
5. Le domande correttamente compilate saranno evase in ordine cronologico in base alla data e ora del ricevimento della PEC, sino ad esaurimento delle risorse disponibili;
6. La domanda verrà considerata correttamente ricevuta ed evasa solo se completa in tutte le sue parti e comprensiva di tutti gli allegati richiesti.

☐ Di non aver presentato lo stesso documento di spesa in più domande di contribuzione presentate all’Ente bilaterale

☐ Di aver preso visione dell’informativa resa ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 6, Regolamento UE n. 679/16, agli artt. 13-14, Reg UE 2016/679 disponibile al sito web https://ebt.fvg.it e di aver compreso le informazioni in essa contenuta e presta il Suo consenso al trattamento dei dati personali per fini indicati nella suddetta informativa

*Do il consenso* ☐ *Nego il consenso* ☐

☐ Di aver preso visione dell’informativa resa ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 6, Regolamento UE n.679/16, agli artt. 13-14, Reg UE 2016/679 disponibile al sito web https://ebt.fvg.it e di aver compreso le informazioni in essa contenuta.

Presta il Suo consenso al trattamento dei dati personali per fini indicati nella suddetta informativa quali l’invio via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni sui servizi offerti dall’Ente Bilaterale e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi?

*Do il consenso* ☐ *Nego il consenso* ☐

**DICHIARA**

☐ nr. dipendenti espressi in ULA come media annuale alla data del 31/12 anno precedente: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

☐ numero dipendenti che svolgono attività nella provincia di competenza dell’Ente Bilaterale territoriale: Fare clic o toccare qui per immettere il testo. per i quali è stata sostenuta la spesa della quale si chiede il rimborso di spese (visite mediche/divise/DPI).

**COMUNICA**

le seguenti **coordinate bancarie** per il versamento del contributo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Conto corrente intestato a:** | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Istituto bancario | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Filiale di | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

**CODICE IBAN N.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sigla int. | | Codice controllo | | CIN | ABI | | | | | CAB | | | | | NUMERO DI CONTO CORRENTE | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dichiara espressamente di esonerare EBT F.V.G. da ogni responsabilità in cui la medesima possa incorrere in conseguenza di inesatte indicazioni contenute nei suddetti riferimenti bancari e per effetto di mancata comunicazione delle varianti che dovessero essere apportate successivamente.

**Allega la seguente documentazione obbligatoria:**

☐ fattura o ricevuta fiscale regolarmente quietanzata intestate all’azienda richiedente

☐ dichiarazione delle spese sostenute dei soli lavoratori occupati nella Provincia di competenza dell’Ente Bilaterale [per il rimborso di spese relative alle visite mediche aziendali e all’acquisto delle divise /DPI per le aziende multilocalizzate]

☐ copia dell'attestato di partecipazione ai corsi di formazione presso Centri di Assistenza Tecnica costituiti da Associazioni di categoria riconosciute a livello nazionale e/o Enti di Formazione accreditati a livello Regionale [per il rimborso di spese relative alla formazione]

☐ documentazione attestante il pagamento dei versamenti all’Ente Bilaterale (ultimi tre F24 quietanzati)

☐ documento d’identità del titolare o legale rappresentante (se la domanda non è sottoscritta digitalmente)

Qualora la domanda risulti errata o incompleta verrà comunicato tramite email e potrà essere ripresentata una sola volta completa di tutta la documentazione (il presente modulo e i documenti).

La domanda dovrà essere inviata con un unico messaggio PEC, contente un unico file pdf, comprensivo della domanda e dei relativi allegati, compresa la carta di identità del richiedente in caso di documento non firmato digitalmente.

Per ogni dettaglio si rimanda al Regolamento scaricabile dal sito internet web <https://ebt.fvg.it>

**Data:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da firmare digitalmente o, in caso di firma autografa, allegare copia del documento di identità)

**CATALOGO 2025 - LINEE DI INTERVENTO**

**CONTRIBUTI PER LE IMPRESE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OGGETTO** | **IMPORTO DEL CONTRIBUTO** | **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA** |
| **LINEA 1 FORMAZIONE - PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA E CONTINUA DA PARTE DEI DIPENDENTI, TITOLARI E SOCI** | | |
| Rimborso sulle spese per corsi di formazione obbligatoria  (corsi formazione sicurezza TU 81/08, es: RSPP, preposto, primo soccorso, antincendio, RLS, corsi formazione addetti/responsabili sistema HACCP, corsi in materia di igiene alimenti, ecc.) e non obbligatori da parte dei lavoratori e titolari/soci il cui costo viene sostenuto dall’impresa  Il contributo sarà riconosciuto esclusivamente per i corsi organizzati da “*Centri di Assistenza Tecnica costituiti da Associazioni di categoria riconosciute a livello nazionale*” e/o Enti di Formazione accreditati a livello Regionale | L’importo del contributo annuo è pari al 50% della spesa sostenuta. Per le imprese fino a 5 dipendenti l’incidenza del contributo è elevata al 100%.  L’importo massimo del contributo è pari a:   * Euro 500,00 fino a 15 dipendenti nelle U.L. provinciali. * Euro 1.000,00 da 16 a 50 dipendenti nelle U.L. provinciali. * Euro 2.000,00 oltre i 50 dipendenti nelle U.L. provinciali. | 1. copia dell'attestato di partecipazione ai corsi di formazione 2. fattura o ricevuta fiscale intestate all’azienda richiedente 3. fattura quietanzata o attestazione di pagamento |
| **LINEA 2 SALUTE - ORIENTAMENTO E ASSISTENZA IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO E HACCP** | | |
| Rimborso dei costi di orientamento e assistenza in tema di Valutazione dei Rischi ai sensi della L. 81/2008 e HACCP (es: consulenza e assistenza, es: sopralluoghi per la redazione del DVR e aggiornamenti, piano autocontrollo HACCP, analisi legionella, analisi dele acque potabili per uso umano, ecc.) | L’importo del contributo annuo è pari al 50% della spesa sostenuta.  Per le imprese fino a 5 dipendenti l’incidenza del contributo è elevata al 100%.  L’importo massimo del contributo è pari a:   * Euro 500,00 fino a 15 dipendenti nelle U.L. provinciali * Euro 1.000,00 da 16 a 50 dipendenti nelle U.L. provinciali * Euro 2.000,00 oltre i 50   dipendenti nelle U.L. provinciali | 1. fattura o ricevuta fiscale intestate all’azienda richiedente 2. fattura quietanzata o attestazione di pagamento |
| **LINEA 2 SALUTE - VISITE MEDICHE AZIENDALI** | | |
| Rimborso dei costi di visite mediche effettuate dal medico competente, in ottemperanza alle vigenti normative, per i lavoratori in forza presso l’unità locale di competenza territoriale dell’EBTER FVG | Rimborso nel limite di € 50,00 per ogni visita medica.  L’importo massimo del contributo è pari a:   * Euro 500,00 fino a 15 dipendenti nelle U.L. provinciali * Euro 1.000,00 da 16 a 50   dipendenti nelle U.L. provinciali   * Euro 2.000,00 oltre i 50 dipendenti nelle U.L. provinciali | 1. fattura o ricevuta fiscale intestate all’azienda richiedente; 2. fattura quietanzata o attestazione di pagamento |
| **LINEA 2 SICUREZZA - ACQUISTO DIVISE DI LAVORO/DPI** | | |
| Rimborso per l'acquisto di divise da lavoro o Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per i lavoratori in forze presso l’unità locale di competenza territoriale dell’EBTER FVG | Rimborso nel limite di € 50,00 per ogni lavoratore.  L’importo massimo del contributo è pari a:   * Euro 500,00 fino a 15 dipendenti nelle U.L. provinciali * Euro 1.000,00 da 16 a 50 dipendenti nelle U.L. provinciali * Euro 2.000,00 oltre i 50 dipendenti nelle U.L. provinciali | 1. fattura o ricevuta fiscale intestate all’azienda richiedente; 2. fattura quietanzata o attestazione di pagamento |
| **LINEA 3 INNOVAZIONE TECNOLOGICA - CONSULENZA E INVESTIMENTI PER L’INNOVAZIONE TECNOLOGICA DEI PROCESSI AZIENDALI** | | |
| Rimborso per consulenza, progettazione, personalizzazione  e acquisto anche in abbonamento di piattaforme o software aziendali con particolare riferimento alle piattaforme di welfare aziendale e cyber security | L’importo del contributo annuo è pari al 50% della spesa sostenuta. Per le imprese fino a 5 dipendenti l’incidenza del contributo è elevata al 100%.  L’importo massimo del contributo è pari a:   * Euro 500,00 fino a 15 dipendenti nelle U.L. provinciali * Euro 1.000,00 da 16 a 50 dipendenti nelle U.L. provinciali * Euro 2.000,00 oltre i 50   dipendenti nelle U.L. provinciali | 1. fattura o ricevuta fiscale intestate all’azienda richiedente; 2. fattura quietanzata o attestazione di pagamento |