

6 dicembre 2011

**Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria**  
**Direzione generale detenuti e trattamento e Cassa delle ammende**

prot.559779/ca/sd

Ai Provveditorati Regionali  
dell'Amministrazione Penitenziaria  
LORO SEDI

**OGGETTO:** sostegno al reddito

Come già noto, con il monitoraggio attivato da questo Dipartimento per il controllo della spesa relativa alla Legge n. 193/2000 (cd Smuraglia), nel 2010 si è verificato il superamento dei limiti di budget previsti dal Decreto n.87 del 25.02.2002 in tema di sgravi fiscali (€2.065.000), ciò ha reso indispensabile per l'anno in corso procedere all'attivazione di un meccanismo di controllo a livello provveditoriale con l'individuazione di limiti di budget al fine di evitare un nuovo superamento di quanto dovuto all'Agenzia delle Entrate per il ripianamento dei mancati introiti.

Inevitabilmente le aziende interessate hanno dovuto rinunciare del tutto o in parte a tali sgravi e, spesso, non è stato possibile mantenere gli standard occupazionali.

Al fine di sostenere l'occupazione dei detenuti, il Consiglio di Amministrazione della Cassa delle Ammende, **in via del tutto eccezionale**, valuterà progetti di finanziamento, **per il solo anno 2011**, elaborati a livello di Provveditorato Regionale, **a sostegno delle cooperative e/o imprese che abbiano assunto detenuti all'interno degli istituti penitenziari o in art.21 senza fruire degli sgravi fiscali previsti dalla Legge 193/00, per tutto o parte del 2011.**

I progetti dovranno essere redatti e presentati dai Provveditorati Regionali utilizzando l'allegato modello, in parte precompilato, per tutti gli istituti del distretto interessati e dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il nominativo del referente del progetto per il Provveditorato.

Il Progetto è strutturato in modo che le cooperative e/o imprese possano richiedere un sostegno di €3,50 per ogni ora lavorata da detenuti assunti all'interno degli istituti o in art. 21 per periodi, nell'anno 2011, per i quali i datori di lavoro non hanno fruito di sgravi fiscali.

Sarà necessario pertanto acquisire dalle cooperative e/o imprese apposita dichiarazione che per il periodo in questione (esclusivamente del 2011) non hanno fruito degli sgravi fiscali previsti dalla Legge 193/00 e non li chiederanno successivamente.

Tale dichiarazione dovrà necessariamente contenere:

dati anagrafici del lavoratore

periodo per il quale si chiede il contributo

numero di ore lavorate

dichiarazione di non aver fruito di sgravi fiscali per il periodo indicato e di non fruirne successivamente

La dichiarazione dovrà essere vistata dal Direttore dell'istituto interessato.

**Il progetto elaborato e completato in ogni sua parte, dovrà essere presentato alla Cassa delle Ammende entro il 31.01.2012.**

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO  
Franco Ionta

**Allegati**

[Modello per la redazione del progetto \(formato .pdf, kb 125\)](#)

---



## TITOLO DEL PROGETTO

### SOSTEGNO AL REDDITO

---

**DURATA DEL PROGETTO (durata massima ammissibile 18 mesi):**

data avvio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data termine: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### COSTO DEL PROGETTO

Costo del finanziamento chiesto alla Cassa delle Ammende	€ (€ 3.50 per il numero totale delle ore lavorate per le quali non si è fruito dello sgravio fiscale nel corso del 2011)
Importo dell'eventuale co – finanziamento (se presente)	€
<b>COSTO TOTALE DEL PROGETTO</b>	€

#### LUOGO DI ESECUZIONE DELL'AZIONE PROGETTUALE

ISTITUTI PRESENTI NEL PROVVEDITORATO DI \_\_\_\_\_

### 1. Dati anagrafici dell'Ente/Associazione che presenta il progetto

Nome dell' Ente/Associazione **PROVVEDITORATO REGIONALE DI** \_\_\_\_\_

Nome del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'Associazione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### 2. Referente del progetto:

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Ruolo all'interno dell'Ente/Associazione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### 3. Altri finanziamenti pubblici/privati già ricevuti dal proponente

Anno di assegnazione	Istituzione concedente	Denominazione del programma e/o progetto	Importo della sovvenzione
<b>INDICARE PER OGNI ISTITUTO LE COOPERATIVE SOCIALI E/O IMPRESE CHE FRUIRANNO DEL SOSTEGNO AL REDDITO, IL NUMERO DEI DETENUTI ED IL MONTE ORE COMPLESSIVO DELLE ORE DI SOSTEGNO AL REDDITO DA RICHIEDERE</b>			
Istituto	Cooperative Sociale/Impresa	Numero detenuti	Numero complessivo ore

### 4. Descrizione della partnership e dell'eventuale co - finanziamento (se presenti)

Ente Capofila		
Ente partner	Sintetica descrizione della partnership	Importo co - finanziamento

Si prega di allegare una dichiarazione di partenariato per ciascun partner (comprendente, eventualmente, l'indicazione dell'importo del co-finanziamento)





**10.Eventuali fattori positivi/ criticità che caratterizzano l'iniziativa progettuale (indicare possibilmente entrambi gli aspetti)**

---



---



---



---



---



---



---

**11.Programma e cronogramma dell'iniziativa**

Data di avvio: _____ - _____				Data di chiusura: _____			
fase	Obiettivi specifici	Attività previste dal progetto	Strumenti, metodi e risorse				
1							
2							
3							
4							
..							
..							

**cronogramma**

Fase	ANNO											
	Ott.	Nov.	Dic.	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lugl.	Ago.	Sett.
1												
2												
3												
4												
..												
..												

Fase	ANNO											
	Ott.	Nov.	Dic.	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lugl.	Ago.	Sett.
1												
2												
3												
4												
..												
..												

**12. Beneficiari (numero soggetti coinvolti e loro caratteristiche)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**13. Risorse professionali coinvolte**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Allegare i curricula dei professionisti segnalati

**14. Ambito territoriale di riferimento**

---

---

---

---

**15. Descrizione del sistema di monitoraggio adottato**

---

---

---

---

---

---

---

**16. Modalità di diffusione dei risultati con particolare riferimento alla visibilità del finanziamento ricevuto dalla Cassa delle Ammende**

---

---

---

---

---

---

---

---

**17. Dati relativi al c/c su cui effettuare l'eventuale accredito (esclusivamente per esterni)**

c/c bancario n. \_\_\_\_\_ intestatario \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il Legale rappresentante dell'Ente / Associazione

\_\_\_\_\_

## **Dichiarazione dell'Ente/ Associazione richiedente (con esclusione delle Amministrazioni Pubbliche)**

Il Responsabile dell'organizzazione richiedente autorizzato alla firma (allegare copia documento di identità valido):

Nome e cognome	
Qualifica in seno all'organizzazione	

### **DICHIARA CHE**

L'Ente/ Associazione richiedente NON si trova in una delle seguenti situazioni :

stato di fallimento, liquidazione, amministrazione controllata, concordato preventivo, cessazione d'attività o in ogni altra situazione analoga risultante da una procedura della stessa natura prevista da leggi e regolamenti nazionali, ovvero a carico dei quali sia in corso un procedimento di tal genere;  
pronuncia di condanna, con sentenza passata in giudicato, per reato che incida sulla moralità professionale;

non in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali o con gli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse;

sia stata emessa una sentenza passata in giudicato per frode, corruzione, partecipazione ad un'organizzazione criminale o qualsiasi altra attività illecita;

che, a seguito dell'aggiudicazione di un altro appalto o della concessione di una sovvenzione, sono stati dichiarati gravemente inadempienti nell'esecuzione, per inosservanza delle loro obbligazioni contrattuali.

si siano resi colpevoli di false dichiarazioni nel fornire le informazioni richieste dall'amministrazione aggiudicatrice ai fini della partecipazione all'appalto o che non abbiano fornito tali informazioni;

l'organizzazione richiedente dispone della capacità organizzativa ed operativa per eseguire l'azione descritta nel presente formulario di domanda;

le informazioni fornite nella presente domanda e nei relativi allegati sono esatte e rispondono al vero.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il Legale rappresentante dell'Ente / Associazione

\_\_\_\_\_