



Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 D.P.R. 445/00)

Marca
da
bollo

Al Responsabile dell'Ufficio

Via _____
CAP Città

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'ASSUNZIONE A TEMPO
INDETERMINATO DI LAVORATORI DISABILI**

(Legge 68/1999 art. 13, comma 1, lettere a) e b) – Legge 247/2007 art. 1, comma 37)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il _____ C.F. _____

legale rappresentante della ditta (*ragione sociale*) _____

Numero matricola _____ Codice ATECO _____ Settore economico di attività _____

Dimensione aziendale ¹ _____ CCNL applicato _____

con sede legale in _____ Via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

P.I. _____ C.F. _____

con sede operativa in (*se diversa da quella legale*) _____

Via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

Referente aziendale:

tel. _____ fax _____ e-mail _____

Estremi bancari per la liquidazione del contributo:

Istituto bancario _____ Intestatario del conto _____

Codice IBAN _____

¹ 0) meno di 15 dipendenti;
I) da 15 a 35 dipendenti;
II) da 36 a 50 dipendenti;
III) più di 50 dipendenti.

con riferimento alla convenzione ex art. 11, L. 68/99 n. _____, stipulata tra questa azienda e la Provincia di _____ in data _____, prot. n. _____, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle norme speciali in materia e che la Provincia provvederà a eseguire controlli e a segnalare alla Procura della Repubblica eventuali falsità,

CHIEDE

DI POTER ACCEDERE AGLI INCENTIVI PREVISTI DALL'ART. 13, COMMA 1, LETTERE A) B) DELLA L. 68/1999, COME MODIFICATO DALL'ART. 1, COMMA 37, DELLA L. 247/2007 E, A TAL FINE,

DICHIARA

1. di aver **assunto** in data _____, con nulla osta n. _____ del _____ rilasciato dall'Ufficio _____ della Provincia di _____, in esecuzione della citata convenzione, il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ (____), il _____, C.F. _____ sesso (M / F), cittadinanza _____ (titolo di studio _____) con la qualifica di _____ categoria professionale: _____ con contratto a tempo indeterminato (*barrare la rispettiva casella*)
 PART TIME. Percentuale rispetto ad un tempo pieno: _____ %
 TEMPO PIENO;
2. che il contratto (*barrare la rispettiva casella*):
 prevede un periodo di prova della durata di ____ mesi;
 non prevede esperimento del periodo di prova,
3. che l'azienda (*barrare la rispettiva casella*):
 NON E' SOGGETTA a obbligo di assunzione di persone con disabilità ai sensi della l. 68/99 (*In tal caso indicare numero dei dipendenti sul territorio provinciale: _____*)
 E' SOGGETTA a obbligo di assunzione di persone con disabilità ai sensi della l. 68/99,
4. che l'ammontare totale del costo salariale annuo da corrispondere al lavoratore è pari a euro² _____; (*in caso di part-time va indicato il costo salariale già riproporzionato*)
5. di essere consapevole che, non essendo tenuto a conoscere e ad indicare la percentuale d'invalidità posseduta dal lavoratore con disabilità assunto, sarà cura della Provincia, nel corso dell'istruttoria, acquisire tramite le banche-dati disponibili i dati necessari a stabilire se il datore di lavoro ha diritto ad una delle misure indicate dall'art. 13 Legge 68/99;
6. di essere al corrente che, qualora sussistano tutti i presupposti, il beneficio economico sarà riconosciuto nei limiti delle risorse disponibili e nel rispetto della graduatoria Provinciale e Regionale;

² Per "costo salariale", in base al Regolamento comunitario n. 800 del 6 agosto 2008, che sostituisce il Reg. CE 2204/2002, all'art. 2 numero 15), si intende: "l'importo totale effettivamente pagabile dal beneficiario degli aiuti in relazione ai posti di lavoro considerati, che comprende:

- a. La retribuzione lorda prima delle imposte;
- b. I contributi obbligatori quali gli oneri previdenziali;
- c. Contributi assistenziali per figli e familiari;
- d. E' parte integrante del costo salariale il Trattamento di Fine Rapporto trattandosi di salario differito".

In fase di liquidazione verrà effettuato il conguaglio tra il contributo concesso sulla base del costo salariale presunto, dichiarato nella presente domanda, e il contributo effettivo calcolato sul **costo salariale reale** comunicato dal datore di lavoro **entro l'anno successivo all'assunzione**. Il conguaglio opererà solo in riduzione e non in aumento.

7. di essere consapevole che il presente contributo è soggetto al rispetto delle disposizioni del regolamento CE n. 800/2008, e successive modifiche ed integrazioni, relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del Trattato CE agli aiuti di Stato a favore dell'occupazione;

8. dichiara, pertanto (*barrare la rispettiva casella*):

di non usufruire di altri benefici di legge per l'assunzione del lavoratore per cui si inoltra la domanda;

di beneficiare o aver già beneficiato dei seguenti ulteriori incentivi per l'assunzione dello stesso lavoratore:

TIPOLOGIA DI INCENTIVO	PERIODO DI UTILIZZO

9. dichiara, inoltre (*barrare la rispettiva casella*):

di essere soggetto alla ritenuta nella misura del 4%, a titolo di acconto dell'imposta sul reddito, così come prescrive l'articolo 28, comma 2, del d.p.r. 29 settembre 1973, n. 600 e successive modificazioni;

di non essere soggetto alla suddetta ritenuta per la seguente ragione: _____

Eventuali altre osservazioni: _____

Nota informativa: I dati personali forniti verranno trattati dall'Amministrazione Provinciale anche in forma digitale in applicazione della Legge 68/1999 e potranno essere comunicati esternamente ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali. Il titolare dei dati è _____. Responsabile del trattamento è _____. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In mancanza dei dati richiesti non si potrà dare seguito alla domanda. E' facoltà del dichiarante a norma dell'art. 7 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03) accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione o il blocco.

_____, li _____

Timbro e firma³

³ Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, la firma in calce deve essere apposta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero **sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante** all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.