

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà (art. 46 e 47 DPR 445/00)

applicare  
marca da  
bollo da  
€ 14,62

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER ASSUNZIONE DI  
LAVORATORI CON DISABILITÀ  
CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO  
(L. 68/99, art. 13 lettere a) o b)– vigente)**

Modulo valido solo per le assunzioni effettuate dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2009

Spett.le Ufficio per il diritto al lavoro dei disabili  
Servizio Istruzione, Formazione  
e Politiche del Lavoro  
Provincia di Forlì-Cesena  
Piazza G.B. Morgagni n. 9  
47121 FORLÌ FC

Il/la Sottoscritto/a

Legale rappresentante della ditta  
(rag. sociale)

Codice fiscale

Numero matricola INPS

Codice  
INAIL

N. Posizioni  
Territoriali  
INAIL

Codice ATECO

Attività

CCNL applicato

con sede legale a

via

n.

Tel..

Fax n.

e-mail

con sede operativa a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(se diversa da quella legale)

Tel. n. \_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Referente aziendale<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Tel/Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Estremi bancari per la liquidazione del contributo:

Istituto bancario \_\_\_\_\_ Intestatario del conto \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

con riferimento alla **convenzione ex art. 11, L.68/99**, stipulata tra questa azienda e la Provincia di ..... in data \_\_/\_\_/\_\_, P.G. \_\_\_\_\_, 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, lett. a) o b), L. 68/99 COME MODIFICATO DAL COMMA 37 DELLA L. 247/07 E, A TAL FINE,**

## DICHIARA

1. di aver **assunto** in data \_\_/\_\_/09, in esecuzione della citata convenzione, il lavoratore con **Cod. fiscale** \_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato (*barrare la rispettiva casella*):

PART TIME, CON \_\_\_\_\_ ORE SETTIMANALI. PERCENTUALE RISPETTO A 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

<sup>1</sup> o altro referente che ha provveduto alla compilazione della domanda

3. che l'azienda (barrare la rispettiva casella):

- NON È 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: \_\_\_\_\_ )
- È SOGGETTA A OBBLIGO DI ASSUNZIONE DI PERSONE CON DISABILITÀ AI SENSI DELLA L. 68/99

4. l'ammontare totale del costo salariale annuo da corrispondere al lavoratore è pari a €.  
\_\_\_\_\_<sup>2.</sup>,

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, nel rispetto delle graduatorie Provinciale e Regionale;

7. dichiara inoltre 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
	Dal _____ al _____

- 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 SUDETTA RITENUTA PER LA SEGUENTE RAGIONE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> In fase di liquidazione la Provincia effettuerà 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 a distanza di un anno dall'assunzione dal datore di lavoro. Il conguaglio opererà solo in riduzione e non in aumento.

Eventuali altre osservazioni:

---

---

---

I dati personali forniti verranno trattati dall'Amministrazione provinciale anche in forma digitale in applicazione della L.R.17/05 e della L. 68/99 e potranno essere comunicati esternamente ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Il titolare dei dati è la Provincia di ..... 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. È 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, integrazione e la cancellazione o il blocco.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

Firma dell'operatore addetto al ricevimento della domanda (previa verifica dell'identità personale del dichiarante).

\_\_\_\_\_

<b>Spazio riservato all'Ufficio</b> <input type="checkbox"/> Raccomandata, ricevuta il _____ <input type="checkbox"/> Consegnata il _____	Domanda n. _____
--	---------------------

<sup>1</sup> La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000)