

Marca da bollo da
€ 16,00

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI FINANZIAMENTI A CARICO DEL FONDO
REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DISABILI
(L. 68/99 – Art. 14)**

“INCENTIVI ALL'OCCUPAZIONE ANNI 2015 – 2016 – 2017”

**Alla Provincia di Rovigo
Area Personale e Lavoro
Ufficio Disabili e Categorie Protette
Via Celio n.10
45100 ROVIGO**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (artt. 46 e 47 del DPR.445/2000)

Il/la sottoscritt _____ cod.fisc. _____ nat a _____ (Prov. _____) il ___ / ___ / _____ residente in _____ (Prov. _____) Cap _____ Via _____

In qualità di:

<input type="checkbox"/> Legale rappresentante dell'Impresa/Ente _____ <input type="checkbox"/> Legale rappresentante della Cooperativa Sociale _____ con sede legale nel Comune di _____ Cap _____ (Prov. _____) Via _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____ pec _____ Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____ Iscrizione C.C.I.A.A. _____

(per le cooperative o consorzi di cooperative): iscritta nell'Albo Regionale delle Cooperative

Sociali, sez. _____

Esercente attività di _____ nel settore _____

_____ codice ATECO _____

Nr. matricola INPS _____ Nr. Matricola Inail _____

CCNL Applicato _____

Dipendenti (compresi apprendisti e/o soci lavoratori) _____

Soggetta agli obblighi di cui alla L. 68/99 (*barrare il caso che ricorre*):

NO,

SI'.

Persona da contattare per eventuali informazioni e/o chiarimenti in ordine alla documentazione

presentata Sig.r/ra _____ telefono _____

Denominazione banca e coordinate per l'eventuale versamento del contributo:

Codice Iban _____

Dichiarazione di assoggettabilità o meno alla trattenuta del 4% ai sensi dell'art.28 del .D.P.R.

n° 600 del 29/09/1973 (*barrare ciò che interessa*): E' Soggetto Non è soggetto per la seguente motivazione _____

CHIEDE

di essere ammesso ai contributi del Fondo Regionale (art. 14, l. 68/99), previsti nell'Avviso Pubblico emanato dalla Provincia di Rovigo con determinazione dirigenziale n. del (*barrare il caso che ricorre*):

- per l'assunzione a tempo indeterminato o con contratto di apprendistato presso la propria unità locale posta in Provincia di Rovigo, nel Comune di _____, via _____ n. ____, di una persona disabile iscritta nelle liste di cui all'art. 8 della L. 68/99, con riduzione di capacità lavorativa inferiore a quella ammissibile alle misure di cui all'art. 13 della legge 68/99;
- per la trasformazione, da tempo determinato a tempo indeterminato, di una precedente assunzione effettuata presso la propria unità locale posta in Provincia di Rovigo, nel Comune di _____, via _____ nr. _____, di una persona disabile iscritta nelle liste di cui all'art. 8 della L. 68/99;
- per l'assunzione a tempo determinato presso la propria unità locale posta in Provincia di Rovigo, nel Comune di _____, via _____ n. ____ e per un periodo di almeno 12 mesi, di una persona disabile iscritta nelle liste di cui all'art. 8 della L. 68/99;
- per l'assunzione a tempo determinato presso la propria unità locale posta in Provincia di Rovigo, nel Comune di _____, via _____ n. ____ e per un periodo inferiore a 12 mesi di una persona disabile iscritta nelle liste di cui all'art. 8 della L. 68/99 con invalidità psichica o intellettuale;
- incentivi per realizzazione di un corso di formazione a favore di lavoratori disabili, iscritti nelle liste di cui all'art. 8 della L. 68/99, assunti a tempo indeterminato;
- incentivi per garantire l'accessibilità al posto di lavoro, la mobilità e gli spostamenti di lavoratori disabili, iscritti nelle liste di cui all'art. 8 della L. 68/99, assunti a tempo indeterminato;
- incentivi per l'adattamento del posto di lavoro, l'apprestamento di tecnologie di telelavoro e la rimozione di barriere architettoniche, a favore di lavoratori disabili, iscritti nelle liste di cui all'art. 8 della L. 68/99, assunti a tempo indeterminato.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000 art. 47, e consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, per tale assunzione,

DICHIARA:

1. che l'impresa/società, così esattamente denominata è iscritta al n. del Registro delle Imprese presso la CCIAA di e, nel

caso di cooperative sociali/consorzi di cooperative anche all'Albo Regionale delle cooperative sociali al n. _____

2. l'impresa si trova nel pieno e libero esercizio dei propri diritti non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposti a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa e amministrazione controllata, né sono state presentate domande per l'ammissione alle suddette procedure;
3. di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
4. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato;
5. di essere in regola con le prescrizioni in ordine alla normativa in materia di sicurezza sul lavoro, di cui al D.lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;
6. di non avere in corso oppure attivato nei dodici (12) mesi antecedenti la data di presentazione della domanda di incentivo, procedure di sospensione con ricorso alle casistiche di cui all'art. 3 comma 5 della Legge 68/99, ovvero riduzione di personale avente le medesime professionalità del personale assunto o da assumere, escluse procedure di licenziamento per giusta causa. per giustificato motivo o per raggiungimento dei requisiti di pensionamento,
7. di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Provincia di Rovigo eventuali trasferimenti di sede e di localizzazione dell'unità operativa ove è occupato il soggetto disabile, a cui la presente domanda si riferisce;
8. di applicare integralmente tutte le norme contenute nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e nei relativi accordi integrativi territoriali e aziendali in vigore anche, nel caso di cooperative, nei confronti dei soci della cooperativa ;
9. in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 17 della Legge 12/03/1999 nr. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (barrare il caso che ricorre):

- per le imprese che occupano non più di 15 dipendenti o che occupano da 15 fino a 35 dipendenti e che non abbiano effettuato nuove assunzioni a partire dal 18/01/2000: che l'impresa, in relazione alla propria situazione occupazionale, non è attualmente soggetta all'obbligo di assunzione obbligatoria di cui alla Legge n. 68/99;
- che l'impresa è in regola con le norme di cui alla Legge n. 68/99 ed ha ottemperato agli obblighi previsti dalla medesima con precedente assunzione e l'assunzione/trasformazione oggetto della presente domanda è aggiuntiva rispetto ai citati obblighi;
- che l'impresa è soggetta agli obblighi di assunzione di cui alla Legge 68/99 ed ha assolto o assolve agli obblighi di cui alle medesime disposizioni di Legge anche con l'assunzione del lavoratore o la trasformazione del rapporto di lavoro già in essere, oggetto della presente domanda;

10. di:

- non usufruire di altri Aiuti di Stato per l'assunzione del lavoratore o trasformazione del rapporto di lavoro, per cui si inoltra la domanda;
- usufruire di altri contributi pubblici, non 11 b): di usufruire di altri contributi pubblici, non ricadenti nell'ambito di applicazione dell'art. 107 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea, per un importo complessivo presunto, relativo al salario lordo della persona assunta, per cui si chiede l'incentivo ed al periodo lavorativo sovvenzionato, pari a € _____.

11. di rispettare, in ordine al trattamento dei dati personali e sensibili della persona disabile in relazione alla cui assunzione ha avanzato domanda di contributo, le disposizioni del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, portante "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed, in particolare, di trattare i suddetti dati in modo lecito e secondo correttezza, ai soli scopi dell'Avviso Pubblico di cui trattasi e delle norme disciplinanti il diritto al lavoro dei disabili di cui alla L. 12 marzo 1999, n. 68;

12. di essere a conoscenza delle condizioni e modalità di partecipazione al presente Avviso.

DICHIARA INOLTRE:

1 Informazioni relative al lavoratore da assumere (o assunto) o beneficiario di altri interventi:

NOMINATIVO DEL DISABILE _____

NATO A _____ IL _____ C.F. _____

Residente in (*riportare: comune, via/località, numero, cap, tel.*)

Domiciliato (se diverso) in (*riportare: comune, via/località, numero, cap, tel.*)

Genere F M

2 Piano assunzione del disabile

Il disabile è stato assunto in data _____

Il disabile verrà assunto indicativamente in data _____

con impegno a richiedere la preventiva autorizzazione (nulla osta) all'Ufficio Disabili e Categorie Protette della Provincia di Rovigo.

3 tipologia di incentivi: per l'instaurazione di rapporti di lavoro

- Assunzione a tempo indeterminato (o apprendistato) con orario full time
- Assunzione a tempo indeterminato (o apprendistato) con orario part time (per n. _____ ore settimanali su n. _____ ore settimanali previste per il tempo pieno dal C.C.N.L. di riferimento)
- Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato con orario full time;

Trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato con orario part-time (per n. _____ ore settimanali su n. _____ ore settimanali previste per il tempo pieno dal C.C.N.L. di riferimento)

Assunzione a tempo determinato di almeno 12 mesi, con orario full time;

Assunzione a tempo determinato di almeno 12 mesi, superiore a sei mesi, con orario part-time (per n. _____ ore settimanali su n. _____ ore settimanali previste per il tempo pieno dal C.C.N.L. di riferimento)

Assunzione a tempo determinato, inferiore ai 12 mesi, disabili con invalidità psichica o intellettiva, con orario full time;

Assunzione a tempo determinato, inferiore ai 12 mesi, disabili con invalidità psichica o intellettiva, con orario part-time (per n. _____ ore settimanali su n. _____ ore settimanali previste per il tempo pieno dal C.C.N.L. di riferimento)

Programma di inserimento lavorativo comprensivo di un corso di formazione favore di disabili assunti con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato

Ai fini della valutazione della domanda si allega:

- preventivo dettagliato di spesa
- breve relazione illustrativa del programma di inserimento

4 tipologia di incentivi: per interventi logistico-strutturali

Iniziative volte a garantire l'accessibilità al posto di lavoro, la mobilità e gli spostamenti favore di disabili assunti con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

Ai fini della valutazione della domanda si allega:

- preventivo dettagliato di spesa
- breve illustrazione dell'intervento

Adattamento del posto di lavoro, apprestamento di tecnologie di telelavoro e rimozione di barriere architettoniche favore di disabili assunti con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

Ai fini della valutazione della domanda si allega:

- preventivo dettagliato di spesa
- breve relazione illustrazione dell'intervento

5 mansione con la quale è stato assunto o verrà assunto il disabile

Mansioni, qualifica e livello contrattuale d'inserimento:

<hr/> <hr/>

6. Costi salariali sostenuti dall'impresa per il periodo sovvenzionato di assunzione del disabile:
€ _____ (*calcolati in via presunta*).

DICHIARA ALTRESI'

7. che l'assunzione per la quale si chiede il contributo non si configura:

- come riassunzione di ex dipendente che ha prestato la propria opera lavorativa a tempo indeterminato nella medesima impresa nei 6 mesi precedenti alla richiesta di contributo;
- come caso di rapporto di lavoro instaurato a seguito di trasferimento di azienda o cessione di ramo di impresa;
- come assunzione di lavoratore/lavoratrice licenziato/a da un'azienda dello stesso gruppo societario, alla quale fa capo il medesimo datore di lavoro assumente;
- come assunzione di collaboratore familiare;
- (*nel caso di imprese individuali*): come assunzione di coniuge o di persona con grado di parentela o affinità fino al secondo grado.

Consapevole infine che il contributo di cui alla presente istanza si configura come Aiuto di Stato, DICHIARA DI OPTARE PER:

AIUTI "DE MINIMIS", ai sensi del Reg. (UE) n. 1407/2013 - Allega dichiarazione secondo il modello 1 a;

Oppure

AIUTI DI STATO A FAVORE DELL'OCCUPAZIONE, ai sensi del Reg. (UE) n. 651/2014 - Allega dichiarazione secondo il modello 1 b.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Timbro dell'impresa/ente
Firma del legale rappresentante

*(allegare fotocopia leggibile documento d'identità in
corso di validità)*