

ALLEGATO 1

Contributo all'assunzione

SU CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AZIONE DI SISTEMA WELFARE TO WORK
(AZIONE PER IL RE-IMPIEGO DI LAVORATORI SVANTAGGIATI)**_____, lì _____
Prot. N. _____Spett.le
Provincia di _____
Ufficio _____
Via _____

Oggetto: adesione all'Avviso pubblico determina del Dirigente del Servizio Politiche del Lavoro della Regione Puglia N.....del l'assunzione di lavoratori svantaggiati appartenenti ai target individuati nell'ambito dell' "Azione di Sistema Welfare to Work" – azione per il Re-Impiego dei lavoratori svantaggiati, con particolare riferimento ai seguenti target:

- Lavoratori/lavoratrici beneficiari di AA.SS. in deroga** (in possesso dei requisiti di cui all'accordo sottoscritto in data 27/04/2009 fra Regione Puglia e parti sociali)
- Lavoratori/lavoratrici beneficiari di AA.SS. ordinari** (Mobilità e Disoccupazione non agricola)
- Lavoratori/lavoratrici somministrati** (in possesso dei requisiti individuati dall'accordo sottoscritto dalla Regione Puglia in data 04/07/2009 con le OO.SS. e Assolavoro)
- Collaboratori a progetto in regime di monocommitenza** (iscritti al centro per l'impiego e privi di contratto da almeno sei mesi o che abbiano prestato la loro opera presso aziende interessate da situazioni di crisi)
- Donne disoccupate da oltre 24 mesi in nucleo monoparentale**
- Giovani (ex d.lgs 297/02) con carriere discontinue disoccupati/te da oltre 24 mesi**(si intendono lavoratori/lavoratrici che non percepiscono alcuna indennità o sussidio legato allo stato di disoccupazione e che alla data del presente Avviso pubblico abbiano instaurato uno o più rapporti di lavoro per una durata complessiva di almeno 6 mesi)
- Inoccupati/inoccupate da oltre 24 mesi** (ex d.lgs 297/02)
- Disoccupati/ disoccupate da oltre 24 mesi**(ex d.lgs 297/02)
- Over 45 privi di un posto di lavoro**
- Over 50 non professionalizzati, di difficile collocazione**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____
nella sua qualità di legale rappresentante dell'impresa (denominazione/ragione sociale dell'impresa) _____

cod. fisc. _____ Partita I.V.A _____
 con sede legale in _____ Via / Piazza _____
 fax _____ tel. _____ e-mail _____
 settore economico _____
 codice attività economica _____
 descrizione attività aziendale _____

Chiede di poter aderire all'avviso pubblico determina del Dirigente del Servizio Politiche del Lavoro della Regione Puglia di cui all'oggetto.

AI FINI DELL'ADESIONE ALL'AVVISO ED ALL'AZIONE DI SISTEMA WELFARE TO WORK PUGLIA E NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI AI SENSI DI QUANTO PREVISTO DAL D.P.R. 445/2000, ART. 76

DICHIARA

- 1) Che l'impresa è iscritta alla CCCIA di _____ Albo/Registro _____ al n. _____;
- 2) Che l'impresa è in possesso di tutti i requisiti di cui al punto **(3)** dell'Avviso;
- 3) di avere preso conoscenza delle condizioni esplicitate nell'avviso e di aver ritenuto le condizioni tali da consentire l'offerta;
- 4) ai fini della definizione dei fabbisogni professionali di cui all'Azione di Sistema di avere bisogno dei seguenti profili professionali:

Numero Profili	Descrizione Tipologia Profili e/o Competenze

- a) per n. ___ profili richiede la preselezione al Centro per l'Impiego;
 - b) per n. ___ profili si riserva di comunicare i nominativi all'atto della avvenuta approvazione;
- 5) le assunzioni previste **saranno a tempo indeterminato** con orario non inferiore a 30 ore settimanali secondo le seguenti modalità:
- per n. ___ profili _____ ore settimanali
 - per n. ___ profili _____ ore settimanali
- 6) di essere a conoscenza che ai fini dell'erogazione del contributo saranno prese in considerazione solo le assunzioni effettuate dopo la presentazione della presente domanda di adesione, e di dover comunque precedere, per l'erogazione dello stesso, alle assunzioni entro 60 gg dalla pubblicazione dell'elenco da parte della Regione Puglia **comunque non oltre il 31.12.2010.**
- 7) dichiara altresì di voler usufruire della dote formativa finalizzata all'adeguamento delle competenze per n. ___ lavoratori.

Allega:

- 1) copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante dell'azienda e sottoscrittore dell'adesione;
- 2) certificato di iscrizione alla CCIAA;
- 3) DURC (Documento Unico di Regolarità Contributiva) aggiornato;
- 4) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi del DPR 445/2000 **(All. 2)**;
- 5) Dichiarazione "de minimis" (All.3)**
- 6) Dichiarazione di responsabilità (All.4)**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicati nell'informativa fornita nel punto **(13)** dell'Avviso in oggetto.

_____, li _____

(Timbro della ditta)
(Firma del titolare o del legale rappresentante)

Spazio riservato alla Provincia di Bari

Data di ricezione, _____

Timbro e firma dell'addetto