

ALLEGATO 6

Contributo all'assunzione

SU CARTA INTESTATA AZIENDA**AZIONE DI SISTEMA WELFARE TO WORK
(AZIONE PER IL RE-IMPIEGO DI LAVORATORI SVANTAGGIATI)****RICHIESTA CONTRIBUTO PER ASSUNZIONE LAVORATORI SVANTAGGIATI
Avviso Regionale del _____**Spett.le
REGIONE PUGLIA
Ufficio Politiche Attive per il Lavoro
Via**Oggetto: Azione di Sistema Welfare to Work – Richiesta contributi per assunzione di lavoratori/lavoratrici svantaggiati di cui all'Avviso Regionale n. _____ del _____****DATORE DI LAVORO**Il sottoscritto (cognome e nome) _____
legale rappresentante dell'azienda (inserire denominazione) _____
con sede legale in (Comune) _____ (Prov. _____)
via _____ n° _____
tel. _____ e-mail _____
p.iva _____ codice fiscale _____
n. matr. INPS _____Esercizio finanziario dell'azienda* : dal _____ al _____
(*obbligatorio ai fini del calcolo dei contributi/incentivi erogati in regime De Minimis)
attività specifica svolta dall'azienda:

_____località di lavoro (se diversa dalla sede) _____
data di adesione all'Azione di Sistema Welfare to Work _____ (inserire data di
presentazione dell'istanza di adesione all'avviso dell'Azione di Sistema Welfare to Work)consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di
dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento
emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;
ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità**DICHIARA**di aver assunto a tempo indeterminato in data _____ il lavoratore - in possesso dei
requisiti previsti dall'Azione regionale Welfare to Work - di seguito indicato con la seguente
modalità:

- N. _____ ore settimanali (minimo 30 ore settimanali)

presso:

- Sede legale
- Sede operativa

_____ in (Comune) _____ (Prov. _____)
 Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
 fax. _____

Lavoratore

Cognome _____ Nome _____
 Cittadinanza _____ Sesso M O F O
 Cod.fiscale _____ Nato/a a _____
 il _____ Residente in _____ (Prov. _____)
 Via _____ n° _____
 Domicilio (se diverso dalla residenza) _____
 Categoria _____

(RIPETERE LA SEZIONE DI CUI SOPRA PER OGNI LAVORATORE ASSUNTO)

Riepilogo assunzioni:

LAVORATORE ASSUNTO	DATA ASSUNZIONE	C.C.N.L. APPLICATO	INQUADRAMENTO	FULL-TIME	PART-TIME

A TAL FINE RICHIEDE IL CONTRIBUTO PREVISTO DALL'AZIONE DI SISTEMA WELFARE TO WORK

Relativo:

- All'incentivo all'assunzione nell'importo determinato secondo i criteri esposti nell'Avviso regionale, per ogni lavoratore assunto a tempo indeterminato, per il quale sono previsti costi salariali lordi così come di seguito specificati:

COSTI SALARIALI LORDI PREVISTI*

Periodo dal _____ al _____

Retribuzioni mensili lorde	€		€
Ratei delle mensilità aggiuntive	€		€
Ratei del T.F.R.	€		€
Oneri contributivi INPS al lordo delle agevolazioni fruito	€	Sgravi o fiscalizzazioni degli oneri contributivi INPS	€
Oneri contributivi INAIL al lordo delle agevolazioni fruito	€	Sgravi o fiscalizzazioni degli oneri contributivi INAIL	€
Contributi assistenziali per figli e familiari	€		
		Altre forme di agevolazione	€
Totale A	€	Totale B	€

* tabella da ripetere per ogni lavoratore assunto

- Alla dote formativa nell'importo pari a _____ nei limiti previsti dall'Avviso Regionale e così come risultante dalla documentazione che si invierà alla Regione Puglia entro un mese dalla conclusione dell'attività formativa ed indispensabile per la rendicontazione della stessa.**

ULTERIORI DICHIARAZIONI

Si dichiara inoltre:

- a) che ricorrono le seguenti condizioni, in mancanza delle quali non potranno essere erogati i benefici concessi nell'ambito dell'Azione di sistema Welfare to Work, ovvero, qualora erogati, verranno revocati e recuperati:
- di essere in regola con l'applicazione del CCNL;
 - di essere in regola con il rispetto delle disposizioni in materia di assicurazione sociale e previdenziale nonché di assunzioni obbligatorie e di assunzione dei disabili;
 - non aver fatto ricorso alla CIG, a procedure di mobilità o di licenziamento collettivo ovvero a licenziamenti per riduzione di personale nei **dodici mesi precedenti al domanda di adesione**;
 - che il lavoratore non sarà adibito a mansioni non equivalenti a quelle risultanti dalla presente comunicazione;
 - che si usufruirà di sgravi o fiscalizzazioni degli oneri contributivi INPS e INAIL o di altre forme di agevolazione per un importo pari a €_____ come si evince nella tabella allegata
 - che si sosterrà un costo salariale lordo per un importo pari a €_____ come si evince nella tabella allegata
 - di essere a conoscenza delle condizioni e modalità di partecipazione all'Azione di Sistema Welfare to Work e che solo il rispetto di tutte le modalità e tutte condizioni costituisce diritto e titolo per accedere alle agevolazioni connesse;

- di obbligarsi a rendere ai Centri per l'Impiego e a Italia Lavoro S.p.A. tutte le informazioni e di consentire tutte le verifiche necessarie ai fini della partecipazione all'Azione di Sistema Welfare to Work;
- di obbligarsi in particolare a comunicare tempestivamente alla Regione Puglia ed alla Provincia competente ogni variazione intervenuta rispetto a quanto sopra dichiarato ed eventuali licenziamenti e dimissioni intervenute rispetto ai lavoratori assunti con richiesta di bonus assunzionale o sgravio contributivo (fermi restando gli obblighi relativi alle comunicazioni obbligatorie previsti dalla normativa vigente);
- di impegnarsi a mantenere i posti di lavoro creati per almeno 36 mesi, salvo i casi di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo.

b) che l'incentivo erogato dalla Regione Puglia:

- E' ASSOGGETTABILE alla ritenuta di cui all'art. 28 del DPR 600/73
- NON E' ASSOGGETTABILE alla ritenuta di cui all'art. 28 del DPR 600/73 in quanto:
(specificare la motivazione ed indicare il riferimento normativo)

COORDINATE BANCARIE DELL'IMPRESA PER L'EMISSIONE DEL BONIFICO

Banca _____ Filiale di: _____
n. C/C _____ Intestazione _____
ABI _____ CAB _____ CIN _____
IBAN _____

L'impresa sottoscritta, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito a termine degli art. 495 e 496 c.p., dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

ALLEGATI

Si allega:

- 1) copia comunicazione di assunzione del lavoratore;
- 2) copia del documento di identità del lavoratore;
- 3) Copia autentica del libro unico
- 4) Certificazione dello status di beneficiario di AA.SS. o dello status di rispondenza agli altri target previsti rilasciato dal Centro per l'Impiego di appartenenza;
- 5) D.U.R.C. (Documento Unico di regolarità contributiva) aggiornato

_____ / _____

Timbro e firma del legale rappresentante dell'Azienda