Agenzia del Lavoro

Via R. Guardini, 75 – 38121 Trento – numero verde 800.264760 - Fax 0461/496174
Ufficio inserimento lavorativo soggetti svantaggiati
e-mail certificata: disva.adl@pec.provincia.tn.it

Provincia Autonoma di Trento

Mod. Liq.

DOCUMENTO DEGLI INTERVENTI DI POLITICA DEL LAVORO 2015-2018

INTERVENTO 5: SOGGETTI DISABILI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/ _____ residente nel comune di _____ indirizzo _____ n. civico ____

cod. fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nella sua qualità di:

□ titolare dell'impresa individuale/libero professionista

□ legale rappresentante (o suo delegato) della società/ente

_____

(indicare la corretta denominazione)

con sede legale a _____ (prov. _____) cap _____

indirizzo _____ n. civico _____

telefono _____ cell. _____ fax _____

indirizzo di posta elettronica (e-mail) _____

indirizzo di posta elettronica certificata (pec) _____

e unità produttiva *(da indicare solo se diversa dalla sede legale)* nel comune di _____

(prov. _____) cap _____ indirizzo _____ n. civico _____

cod. fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

p.IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(***La seguente dichiarazione è facoltativa, barrare quindi il relativo riquadro se si intende eleggere domicilio digitale):***

□ *Il sottoscritto dichiara di indicare l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) di cui sopra o il seguente indirizzo di posta qualificata* _____ *quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.*

ai sensi dell'art. 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- che, nel corso del periodo dal____/____/_____al___/____/_____il/la dipendente_____ destinatario/a dell'intervento approvato con determinazione n. _____ di data ___/____/_____:

☐ è stato alle dipendenze dell'impresa con lo stesso orario e rapporto di lavoro a suo tempo già comunicati;

☐ è stato alle dipendenze ma ha variato l'orario di lavoro in data _____/____/_____ da n. ore_____ a n. ore _____ ;

☐ ha cessato il rapporto di lavoro in data _____/____/_____;

☐ non ha usufruito di periodi di cassa integrazione straordinaria, ordinaria o in deroga a zero ore, di aspettative non retribuite, di congedo parentale;

☐ ha usufruito di periodi di cassa integrazione straordinaria, ordinaria o in deroga a zero ore, di aspettative non retribuite, di congedo parentale:

☐ inferiori ai 30 giorni continuativi;

☐ per più di 30 giorni continuativi (*specificare il numero dei giorni _____);*

- che il soggetto beneficiario del contributo richiesto non ha percepito ulteriori contributi previsti da altre disposizioni normative europee, nazionali, regionali e provinciali per il medesimo evento oggetto della presente dichiarazione (*non sono considerate agevolazioni all'assunzione i regimi previdenziali speciali o le agevolazioni contributive o fiscali all'assunzione che, pertanto, sono cumulabili con gli incentivi provinciali*);

- che il soggetto beneficiario del contributo richiesto non ha percepito per il medesimo evento contributi previsti da specifici interventi a livello europeo, nazionale, regionale o provinciale per l'occupazione rivolti a persone con disabilità previste dalla legge 12 marzo 1999, n. 68;

- che il soggetto beneficiario del contributo richiesto non ha percepito per il medesimo evento contributi previsti da ulteriori Interventi del Documento degli Interventi di politica del lavoro.

Il sottoscritto / La sottoscritta comunica, inoltre, che la liquidazione del contributo potrà essere effettuato sul conto corrente dell'impresa sotto riportato:

Codice IBAN (recuperabile dagli estratti conto cartacei della banca - lunghezza per l'Italia 27 caratteri alfanumerici)

_____

(Istituto bancario)

_____

(Città)

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, art. 13:
- i dati forniti verranno trattati esclusivamente con riferimento al procedimento inerente la liquidazione del contributo relativo all'intervento 5;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art .7 del D.Lgs.196/2003;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento;
- responsabile del trattamento è la Dirigente generale dell'Agenzia del lavoro.

....., ...
luogo *data*

_____
timbro e firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la presente dichiarazione è stata**:**

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

_____

(indicare nome e cognome dipendente addetto)

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore