



Agenzia del Lavoro

Via R. Guardini, 75 – 38121 Trento – numero verde 800.264760 - Fax 0461/496054
Ufficio inserimento lavorativo soggetti svantaggiati



Mod Liq.

Alla
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
AGENZIA DEL LAVORO
Servizio Attività per il lavoro, cittadini e imprese
Ufficio inserimento lavorativo soggetti svantaggiati
Via R. Guardini, 75
38121 – Trento

**DOMANDA LIQUIDAZIONE RATA - INTERVENTO 3.4.1 'INCENTIVI ALL'ASSUNZIONE'
PER LAVORATORI CON DISABILITA' O IN CONDIZIONE DI SVANTAGGIO**
INTERVENTO 3.4.1 DEL DOCUMENTO INTERVENTI DI POLITICA DEL LAVORO DELLA XVI LEGISLATURA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente nel comune di _____ Prov. _____ CAP _____

indirizzo _____ n. civico _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

recapito telefonico _____

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) _____

in qualità di:

- Titolare / Legale rappresentante
- Lavoratore autonomo
- Delegato (*allegata delega sottoscritta dal legale rappresentante/titolare con un documento di riconoscimento valido*)

del seguente **DATORE DI LAVORO**

(indicare la corretta denominazione)

con sede legale nel comune di _____ Prov. _____ CAP _____

indirizzo _____ n. civico _____

indirizzo di posta elettronica ordinaria(e.mail) _____

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) _____

(domicilio digitale dove verranno inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda)



(la seguente dichiarazione è facoltativa)

Il sottoscritto dichiara altresì di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o indirizzo PEC sopra indicato) quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

CHIEDE

la liquidazione della rata (esempio: II rata, III rata, IV rata) di contributo
..... da versare sul conto corrente dell'impresa sotto riportato:

Codice IBAN conto corrente (su cui sarà accreditato il contributo):

PAESE	CIN.EUR	CIN	ABI	CAB	N. CONTO

(per c/c esteri indicare anche il CODICE BIC/SWIFT _____)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 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 eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

che nel periodo di maturazione della rata il/la dipendente
destinatario/a dell'intervento 3.4.1 'Incentivi all'assunzione':

- è stato alle dipendenze dell'impresa con lo stesso orario e rapporto di lavoro a suo tempo già comunicati;
- ha svolto la propria prestazione lavorativa con orario di lavoro **inferiore** a quello tenuto in considerazione per la concessione del contributo, con la percentuale media dell'orario settimanale del _____ (vedere esempio riportato in calce al modulo);
- 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 o di congedo parentale;
- ha usufruito di periodi di cassa integrazione straordinaria, ordinaria o in deroga a zero ore, di aspettative non retribuite o di congedo parentale:
 - inferiori a 30 giorni continuativi di calendario;
 - superiori a 30 giorni continuativi di calendario (specificare il numero dei giorni _____);



- ha usufruito di periodi di sospensione della missione per periodi, anche non continuativi, superiori a 30 giorni di calendario nel caso di somministrazione a tempo indeterminato (cd. staff leasing) (specificare il numero dei giorni _____).

Luogo e data _____

Datore di lavoro/Delegato _____

In caso di domanda trasmessa tramite sito web o portale, non serve la sottoscrizione, ma il soggetto deve preventivamente identificarsi attraverso SPID (sistema pubblico per la gestione dell'identità digitale di cittadini e imprese), CIE (carta d'identità elettronica), CNS (carta nazionale dei servizi) o CPS (carta provinciale dei servizi).

Divieto delle "revolving doors" - articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Allegati:

- informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016;
- fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);

CALCOLO PERCENTUALE MEDIA DELL'ORARIO DI LAVORO					
Assunzione a tempo indeterminato dal 07/10/2019					
Periodo di maturazione Il rata annuale		gg	Giorni maturati (anno commerciale 360 gg)	Orario di lavoro	% pt
07/10/2020	22/05/2021	226	24+30+30+30+30+30+30+22	40h	100%
23/05/2021	06/10/2021	134	8+30+30+30+30+6	4h su 40h	10%
226 gg	100%	226 gg x 100 : 360 gg		62,78	
134 gg	10%	134 gg x 10 : 360 gg		3,72	
percentuale media dell'orario di lavoro				66,50%	

