

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI
AI DATORI DI LAVORO PRIVATI
A SOSTEGNO DELL'OCCUPAZIONE
DI LAVORATORI INTERESSATI DA CRISI AZIENDALI**

marca da bollo
€ 16,00

**Alla Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (ARTI)
Settore Servizi per il Lavoro di Firenze e Prato**

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____						
nato/a a _____ (Prov. ____) il _____						
cod. fisc. _____ residente in _____						
Via/Piazza _____, N. _____						
In qualità di:						
Legale sociale)	rappresentante	dell'Impresa	datore	di	lavoro	(ragione

con sede legale nel Comune di _____ Cap _____ (Prov. ____)						
Via _____ Tel. _____ Fax _____						
Email _____ Pec _____						
Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____						
Iscrizione C.C.I.A.A. _____ CCNL Applicato _____						
Codice Ateco _____						

CHIEDE

il contributo previsto nell'avviso pubblico in oggetto per:

A) Lavoratori interessati da licenziamenti collegati a crisi aziendali di particolare rilevanza per il territorio regionale o locale

euro 8.000,00 per l'assunzione a tempo indeterminato full time di

Cognome e Nome.....
Luogo e data di nascita..... Sesso

Residenza.....
Via.....N.....
CAP.....Comune.....Prov.....
Codice Fiscale.....
assunto in data ____/____/_____
per numero ore settimanali _____
Ore percentuali rispetto al full-time da CCNL: _____ %

se donna tale importo è aumentato del 5%, pari a euro 8.400,00

euro 4.000,00 per l'assunzione a tempo indeterminato part time di

Cognome e Nome.....
Luogo e data di nascita.....
Residenza.....
Via.....N.....
CAP.....Comune.....Prov.....
Codice Fiscale.....
assunto in data ____/____/_____
per numero ore settimanali _____
Ore percentuali rispetto al full-time da CCNL: _____ %

se donna tale importo è aumentato del 5%, pari a euro 4.200,00

euro _____ per la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato da part time a full time di

(cognome) _____ (nome) _____
__ nato/a a _____ (Prov. ____) il _____
Codice Fiscale.....

Per lo stesso lavoratore l'azienda ha già ha presentato domanda di finanziamento
iln. protocollo..... approvata per l'importo di euro
con Decreto Dirigenziale n.....

**B) Soggetti con disabilità che siano iscritti negli appositi elenchi del collocamento mirato, di cui
all'art. 8 della L. 68/1999 interessati da licenziamenti collegati a crisi aziendali di particolare
rilevanza per il territorio regionale o locale**

euro 10.000,00 per l'assunzione a tempo indeterminato full time di

Cognome e Nome.....
Luogo e data di nascita.....
Residenza.....
Via.....N.....
CAP.....Comune.....Prov.....
Codice Fiscale.....
assunto in data ____/____/_____
per numero ore settimanali _____
Ore percentuali rispetto al full-time da CCNL: _____ %

euro 5.000,00 per l'assunzione a tempo indeterminato part time di

Cognome e Nome.....
Luogo e data di nascita.....
Residenza.....
Via.....N.....
CAP.....Comune.....Prov.....
Codice Fiscale.....
assunto in data ____/____/_____
per numero ore settimanali _____
Ore percentuali rispetto al full-time da CCNL: _____ %

se donna tale importo è aumentato del 5%, pari a euro 5.250,00

**euro _____ per la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato da part
time a full time di**

(cognome)_____ (nome)_____
__ nato/a a _____ (Prov. ____)il _____
Codice Fiscale.....

Per lo stesso lavoratore l'azienda ha già ha presentato domanda di finanziamento
iln. protocollo..... approvata per l'importo di euro
con Decreto Dirigenziale n.....

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, che alla data di sottoscrizione della presente domanda il/i lavoratore/i per il quale si presenta domanda di contributo risulta/no assunto/i dall'impresa.

Dichiara di:

essere esente dall'imposta di bollo ai sensi della normativa
(specificare) _____

di essere soggetto all'imposta di bollo (in caso di non apposizione marca da bollo alla presente domanda, allegare copia modello F24 o ricevuta IRIS o indicare in domanda il numero seriale della marca acquistata)

Dichiara inoltre di

essere soggetto alla ritenuta IRPEF/IRES DEL 4% (EX ART. 28 DPR 600/73)

non essere soggetto alla ritenuta IRPEF/IRES DEL 4% (EX ART. 28 DPR 600/73) in quanto:

ente non commerciale e contributo percepito per l'esercizio di attività diverse da quelle di cui all'art. 51 D.P.R. 917/86 (Testo Unico delle imposte sui redditi)

O.N.L.U.S. in base dell'art. 16 del D.lgs. 460/97

ALTRO (specificare riferimento legislativo fiscale esenzione) _____

Dichiara infine di conoscere ed accettare integralmente l'Avviso in oggetto, per il quale avanza la presente domanda di contributo, senza riserva alcuna e di aver preso visione della disciplina in materia di aiuti di stato.

SI IMPEGNA IN CASO DI AMMISSIONE

1. a non interrompere il rapporto di lavoro oggetto della presente richiesta di contributo per almeno 24 mesi dalla data di assunzione;
2. a mantenere i requisiti richiesti dal presente Avviso fino al termine previsto al punto precedente;
3. a comunicare tempestivamente ad Arti qualsiasi variazione che dovesse intervenire nel/i rapporto/i di lavoro oggetto della presente domanda, per il/i quale/i si richiede il contributo;
4. a rispettare gli obblighi informativi erogazioni pubbliche di cui all'art. 35 del Decreto Crescita (D.L.34/2019).

COMUNICA

che la persona da contattare per informazioni o chiarimenti:

Cognome nome _____

telefono _____ e-mail _____

pec _____

In caso di assegnazione del contributo chiede l'erogazione del contributo con la seguente modalità:

- accredito su conto corrente bancario/postale intestato

a _____

codice IBAN:																			
Cod. Paese	Check digit	Ci n	Codice ABI				Codice CAB				Numero Conto Corrente								

Allega alla presente domanda:

1. copia del documento di identità del legale rappresentante dell'impresa o del datore di lavoro in corso di validità, scansionata fronte-retro;
2. copia del documento di identità del lavoratore in corso di validità, scansionata fronte-retro;
3. dichiarazione sostitutiva relativa ai requisiti di ammissibilità firmata digitalmente dal legale rappresentante dell'impresa/datore di lavoro;
4. dichiarazione Aiuti de minimis firmata digitalmente dal legale rappresentante dell'impresa/datore di lavoro;
5. dichiarazione di aver adempiuto agli obblighi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. 81/2008 firmata digitalmente dal legale rappresentante dell'impresa/datore di lavoro, ovvero dichiarazione rilasciata dagli Organismi Paritetici territoriali firmata digitalmente dal legale rappresentante dell'impresa/datore di lavoro;
6. nel caso in cui la presentazione della domanda sia delegata ad un soggetto diverso dal datore di lavoro: delega firmata digitalmente dal legale rappresentante dell'impresa/datore di lavoro con cui si dà mandato a presentare la domanda di contributo;
7. nel caso di delega di cui al punto precedente: copia del documento di identità in corso di validità del soggetto delegato, scansionata fronte-retro.
8. nel caso di presentazione di una richiesta di contributo per più lavoratori: Allegato 1 bis firmato digitalmente dal legale rappresentante dell'impresa/datore di lavoro.

Luogo e data _____

Firma digitale del legale rappresentante/datore di lavoro