



Regione Toscana



## ALLEGATO 1

# DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI INCENTIVI AI DATORI DI LAVORO PRIVATI A SOSTEGNO DELL'OCCUPAZIONE NELL'AMBITO DEL PATTO PER IL LAVORO

Marca da bollo  
€ 16,00

Alla Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (ARTI)  
Settore Servizi per il Lavoro di Firenze e Prato  
PEC: [arti@postacert.toscana.it](mailto:arti@postacert.toscana.it)

Il/la sottoscritto/a

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_

In qualità di:

Legale rappresentante dell'Impresa datore di lavoro (ragione sociale) \_\_\_\_\_

- con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

- con sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Iscrizione C.C.I.A.A. \_\_\_\_\_ Codice Ateco \_\_\_\_\_

CCNL Applicato \_\_\_\_\_

## CHIEDE

il contributo previsto nell'avviso pubblico in oggetto per l'assunzione di soggetti disoccupati che hanno aderito al programma GOL e/o iscritti allo stato di disoccupazione ai sensi del D.Lgs. 150/2015, per la sede territoriale localizzata nel territorio provinciale di .....

**per un importo complessivo pari a Euro .....,00**

per le seguenti assunzioni (replicare pag 3 per ogni soggetto assunto destinatario del contributo)

Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita..... Sesso .....

Residente in .....

Codice Fiscale..... assunto in data ...../...../.....

sede di lavoro: via..... Comune..... Prov.....

per numero ore settimanali ..... Ore percentuali rispetto al full-time da CCNL:..... %

### **A. CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**

- full-time per euro 8.000,00       full-time per euro 8.400,00 se donna  
 part time per euro 4.000,00       part time per euro 4.200,00 se donna

### **B. CONTRATTO DI LAVORO DI APPRENDISTATO O A TEMPO DETERMINATO**

- full-time per euro 4.000,00       full-time per euro 4.200,00 se donna  
 part-time per euro 2.000,00       part time per euro 2.100,00 se donna

### **C. SOGGETTI CON DISABILITA' DI CUI ALL'ART. 8 DELLA L. 68/99, SOGGETTI SITUAZIONE DI SVANTAGGIO<sup>1</sup>**

- euro 10.000,00 tempo indeterminato full time  
 euro 5.000,00 tempo indeterminato part time  
 euro 5.250,00 tempo indeterminato part time se donna  
 euro 5.000,00 apprendistato o tempo determinato full time  
 euro 5.250,00 apprendistato o tempo determinato full time se donna  
 euro 2.500,00 apprendistato o tempo determinato part time  
 euro 2.625,00 apprendistato o tempo determinato part time se donna

---

<sup>1</sup>Invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziari, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, le persone detenute o internate negli istituti penitenziari, i condannati e gli internati ammessi alle misure alternative alla detenzione e al lavoro all'esterno, di cui all'art. 4 della legge 381/91) e di persone prese in carico ai servizi sociali o sanitari territoriali di cui alla L.R. n. 41/2005 e alla L.R. n. 40/2005 (ad es. vittime di violenza, persone inserite nei programmi di assistenza e integrazione sociale a favore delle vittime di tratta e grave sfruttamento, etc.)

euro \_\_\_\_\_ per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato. Per lo stesso lavoratore l'azienda ha già presentato domanda di finanziamento a valere sull'Avviso in oggetto approvata per l'importo di euro ..... con Decreto Dirigenziale .....

#### 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/i si presenta domanda di contributo risulta/no assunto/i dall'impresa;

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);

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)

---

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 a tempo indeterminato 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 al Settore Servizi per il Lavoro di Firenze e Prato di 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** la persona da contattare per informazioni o chiarimenti :

Cognome Nome \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

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

- **accredito su conto corrente bancario/postale intestato a**

\_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**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 (allegato 2);
4. dichiarazione Aiuti de minimis firmata digitalmente dal legale rappresentante dell'impresa/datore di lavoro (allegato 3);
5. dichiarazione di aver adempiuto agli obblighi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii 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 (allegato 4);
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 (allegato 5);
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. dichiarazione sostitutiva di certificazione condizione di svantaggio (allegato 6).

Luogo e data

---

Firma **digitale** del legale  
rappresentante/datore di lavoro