



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 Arezzo e Siena
PEC: 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 SVANTAGGIO¹

- 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

¹Invalidi 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.

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