FORMULARIO RELATIVO ALLA RICHIESTA DI INCENTIVI DA PARTE DEI DATORI DI LAVORO CHE HANNO ASSUNTO DISABILI NEL 2017

(DGR n. 1788 del 7 novembre, DDR ……..)

alla Regione del Veneto
Direzione Lavoro
lavoro@pec.regione.veneto.it

Il datore di lavoro

Cognome _____ Nome _____ C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- ❑ Titolare dell'
- ❑ Rappresentante legale dell'
- ❑ Delegato dall'

Azienda (ragione sociale)…….. C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con sede di lavoro in …….

Indirizzo pec ……..

Dichiara,

- di aver assunto, tra il 01.01.2017 ed il 31.12.2017, il seguente lavoratore:

  Cognome e nome …….. Codice fiscale: ……

  Titolo di studio…….
  Con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (codice identificativo della comunicazione telematica (UNILAV) _____ con orario settimanale di ore ……

- che il lavoratore assunto era iscritto alle liste del collocamento mirato del CPI di ……;

Chiede:

(è possibile far richiesta sia dell'incentivo all'assunzione, sia del contributo all'adattamento del posto di lavoro)

❑ l'incentivo all'assunzione previsto con la DGR 1788/2017

a tal fine dichiara di essere

- ❑ datore di lavoro con almeno 15 dipendenti computabili ai sensi della legge 68/99 e che il disabile assunto aveva almeno 1 delle seguenti caratteristiche
  - ❑ anzianità di disoccupazione superiore a 12 mesi, senza sospensioni superiori a 3 mesi negli ultimi 12 mesi;
  - ❑ bassa scolarità (solo il titolo di scuola dell'obbligo);
  - ❑ età superiore a 45 anni;
  - ❑ disabilità sensoriale.
- ❑ Datore di lavoro con meno di 15 dipendenti computabili ai sensi della Legge 68/99

❑ il contributo per l'adattamento del posto di lavoro, l'apprestamento di tecnologie di telelavoro e la rimozione di barriere architettoniche

a tal fine dichiara

di aver sostenuto la seguente spesa di euro…….. pertinente con l'inserimento lavorativo del disabile
si allega per dimostrare di aver sostenuto la spesa e che tale spesa è, così come previsto dalla DGR 1788/17:
- una relazione tecnico descrittiva;

- la seguente documentazione giustificativa (in copia) ……..……
  ……
  ……

Per l'erogazione del contributo si indica il seguente Iban intestato all'azienda

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ai fini del riconoscimento dei benefici sopra riportati il datore di lavoro dichiara

- di non aver fatto richiesta di altri incentivi per l'assunzione della stessa persona presso altre Pubbliche amministrazioni;
- di non aver avuto alle proprie dipendenze o presso aziende del medesimo gruppo aziendale la stessa persona assunta nel 2017 con contratto di lavoro a tempo indeterminato o apprendistato;
- di essere in regola con l'applicazione del CCNL;
- di essere in regola con i versamenti contributivi ed assicurativi obbligatori;
- di essere in regola con la normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- di essere ottemperante, ovvero garantire l'ottemperanza, agli obblighi occupazionali sanciti dalla Legge 68/99;
- di non avere a proprio carico procedure per l'emersione del lavoro sommerso, ai sensi dell'art. 1, comma 14, del Decreto Legge 210/02 (coordinato, modificato e convertito nella Legge 266/02);
- di non essere in stato di scioglimento o liquidazione, non essere sottoposti a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa e amministrazione controllata;
- di non avere in corso, oppure attivato nei dodici (12) mesi antecedenti la data di presentazione della domanda di incentivo, procedure di sospensione con ricorso alle casistiche di cui all'art. 3 comma 5 della Legge 68/99, ovvero riduzione di personale avente le medesime professionalità del personale assunto o da assumere, escluse procedure di licenziamento per giusta causa. per giustificato motivo o per raggiungimento dei requisiti di pensionamento.

Il sottoscritto dichiara inoltre che le informazioni sopra riportate sono vere, di essere consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso visione dell'allegato B della DGR 1788/2017 "Disciplina degli incentivi all'assunzione dei disabili e contributi per l'adattamento del posto di lavoro anno 2017" che regola l'intervento a cui chiede di essere ammesso, soprattutto in riferimento al fatto che il riconoscimento dell'incentivo e del contributo sono sottoposti a verifica della permanenza nel posto di lavoro decorsi 12 mesi dall'assunzione a tempo indeterminato.

FIRMA

Data _____ _____

ALLEGA fotocopia del documento di identità in corso di validità;