



Allegato "A"

Modello 1

DOMANDA DI AMMISSIONE AI FINANZIAMENTI

Fondo Regionale per l'Occupazione di persone con disabilità art. 14 legge 68/99

"Incentivi all'occupazione"

Anno 2016

**Marca da
bollo
€ 16,00**

Alla Città Metropolitana di Firenze
Direzione Lavoro
Collocamento Mirato L. 68/99
Via Capo Di Mondo, 66

Il/la sottoscritt _____
nat a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____
residente in _____ (Prov. ____) Cap _____
Via _____

In qualità di:

Legale rappresentante dell'Impresa/Ente _____

Legale rappresentante della Cooperativa Sociale _____

con sede legale nel Comune di _____ Cap _____ (Prov. ____)

Via _____ Tel. _____ Fax _____

Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____

Esercente attività di _____ nel settore _____

CCNL Applicato _____ Dipendenti _____ di cui donne _____

SOGGETTA ad obbligo di assunzione ai sensi della Legge 68/99

NON SOGGETTA ad obbligo di assunzione ai sensi della Legge 68/99

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AI CONTRIBUTI DEL FONDO REGIONALE (ART. 14, L. 68/99),
PREVISTI NELL'AVVISO PUBBLICO "Incentivi all'occupazione"**

per

- L'assunzione a tempo indeterminato
- La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato
- L'assunzione a tempo determinato, non inferiore a sei mesi, di soggetti disabili di età superiore a 55 anni
- L'assunzione a tempo determinato, non inferiore a sei mesi, di soggetti disabili di età inferiore a 25 anni
- La trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato, da part-time a full-time.

A tal fine allega:

- Richiesta di contributo per l'assunzione a tempo indeterminato (modello 2)
- Richiesta di contributo per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato (modello 3)
- Richiesta di contributo per l'assunzione a tempo determinato non inferiore a sei mesi di disabile di età superiore a 55 anni (modello 4)
- Richiesta di contributo per l'assunzione a tempo determinato non inferiore a sei mesi di disabile di età superiore a 25 anni (modello 5)
- Richiesta di contributo per la trasformazione di rapporto di lavoro a tempo indeterminato da part-time a full-time (modello 6)

Inoltre, sotto la propria responsabilità *si impegna:*

- ad accettare ogni controllo disposto dalla Città Metropolitana, finalizzato all'erogazione del contributo richiesto;
- a presentare, laddove sia ammesso al contributo, la documentazione prevista dall'Avviso pubblico;
- a stipulare con la Città Metropolitana di Firenze - Ufficio Collocamento mirato- la convenzione d'integrazione lavorativa ex art.11, legge n. 68/99 ;
- a garantire la continuità del rapporto di lavoro per il periodo indicato;
- a comunicare alla Città Metropolitana di Firenze, entro 15 giorni dal verificarsi dell'evento, l'eventuale interruzione dell'inserimento lavorativo, nonché ogni mutamento del rapporto di lavoro (licenziamento, dimissioni, ecc.).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto, presa integrale visione dell'Avviso pubblico, avvalendosi della normativa di cui agli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, dichiara:

- che l'impresa è in regola con i versamenti contributivi previdenziali ed assistenziali, nonché con le disposizioni vigenti in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- che l'impresa applica le condizioni del C.C.N.L. di riferimento o, in sua assenza, degli accordi locali tra le rappresentanze sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori;
- che la presente domanda non riguarda casi di assunzione a seguito di trasferimento o cessione di ramo d'azienda o per cambio di appalto;
- che la presente domanda non riguarda casi di riassunzione di ex dipendenti con disabilità che abbiano prestato la propria opera lavorativa nella medesima impresa nei dodici mesi precedenti alla richiesta del contributo;
- che il contributo è richiesto con riferimento ai soggetti di cui all'art. 4 dell'Avviso pubblico;
- di non usufruire per l'intervento per cui si chiede il contributo, di analoghi contributi pubblici.

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi ex art. 76 del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza dell'obbligo per l'Amministrazione, in tal caso, di provvedere alla revoca del beneficio conseguente al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Firma

Il sottoscritto _____, AI FINI DEGLI AIUTI DI STATO DICHIARA DI OPTARE PER:

- Aiuti di Stato a favore dell'occupazione, ai sensi del Reg. di esenzione (CE) n. 2204/2002
- Aiuti "de minimis" ai sensi del Reg. (CE) n. 1998/2006

Ai sensi e per gli effetti della normativa soprarichiamata vigente in materia di autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive,

DICHIARA

(In caso di opzione per la regola "de minimis")

che l'eventuale erogazione del contributo richiesto è compatibile con la regola del "de minimis", così come previsto dalla normativa comunitaria e che nei tre anni precedenti la presentazione di questa domanda ha beneficiato, di agevolazioni a titolo di aiuti de minimis, per un importo di Euro_____.

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi ex art. 76 del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza dell'obbligo per l'Amministrazione, in tal caso, di provvedere alla revoca del beneficio conseguente al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Firma

Il sottoscritto autorizza la Città Metropolitana di Firenze a trattare i dati e le notizie fornite con la presente domanda nel rispetto del D. lgs. 30.06.2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Luogo e data _____

Timbro dell' Azienda e
Firma del legale rappresentante
(Allegare fotocopia documento d'identità valido, controfirmato e datato)