-



## MODULO n. 1

*Imposta di bollo vigente*

*annullato con data e sigla*

**All ’ARL della Regione Emilia-Romagna Viale Aldo Moro, 38**

**40127 Bologna**

**OGGETTO***:* **RICHIESTA DI INCENTIVO PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO** **DI PERSONA DISABILE ai sensi della Legge n. 68 – Avviso 2021 –**

Il/la sottoscritto/a nato/a a

in data in qualità di Legale rappresentante dell'impresa:

Ragione sociale Sede legale in Via/Piazza n. CAP Comune Provincia Telefono e-mail posta certificata Codice fiscale/Partita IVA:

Iscrizione CCIAA

Attività svolta Matricola INPS Sede di

N. iscrizione INAIL

N. dipendenti complessivi

Sede di assunzione del lavoratore per il quale si richiede il contributo (se diversa da quella legale) **(1):**

Via/Piazza n. CAP Comune Provincia

1. ***La sede deve essere in Emilia-Romagna***

**CHIEDE**

Di essere ammesso a beneficiare dell’incentivo a carico del FONDO REGIONALE DISABILI per l’ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DEL LAVORATORE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’

**SCHEDA LAVORATORE E CONTRATTO**

**Dati della persona assunta o da assumere:**

Cognome Nome Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Residente in Via n°

Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_ **** assunta con nulla osta prot. n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  iscritta nell’elenco L. 68/1999 dell’ambito territoriale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AI FINI DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e avvalendosi delle disposizioni di cui all’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni false o mendaci e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del suddetto D.P.R. n.445/2000:

**Elementi informativi sull’inserimento lavorativo (*barrare la casella corrispondente)*:**

L’assunzione riguarda le seguenti categorie di lavoratori:

 lavoratori disabili già in forza ai sensi della Legge n. 68/99 **assunti dal 01/02/2021**

lavoratori disabili da assumere a tempo determinato, iscritti al collocamento mirato ai sensi della L. 68/99 o rientranti in altre categorie riconosciute rilevanti ai fini della stessa legge.

Il lavoratore sopraindicato è già stato individuato e si è reso disponibile ad essere assunto.

per le seguenti tipologie di assunzioni (\*):

1. Assunzione a tempo determinato, di almeno 12 mesi, di lavoratori disabili con riduzione della capacità lavorativa superiore al 79 % o minorazioni ascritte dalla prima alla terza categoria di cui alle tabelle annesse al TU delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con DPR 23 dicembre 1978, n. 915, e ss mm:

 durata contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + orario pieno
	+ orario parziale (indicare il n° di ore settimanali sul n° di ore settimanali previste dal

 rapporto ad orario pieno – es. n° 30 su 40\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. Assunzione a tempo determinato, di almeno 6 mesi, di lavoratori con disabilità intellettiva e psichica che comporti una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 %:

durata contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + orario pieno
	+ orario parziale (indicare il n° di ore settimanali sul n° di ore settimanali previste dal

 rapporto ad orario pieno – es. n° 30 su 40 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Per questa tipologia, in caso di assunzione con contratto a tempo determinato di durata pari o superiore a 12 mesi (anche per effetto di eventuale proroga), dichiara che non ha usufruito e/o non intende usufruire dell’incentivo contributivo previsto dall’art. 13 co. 1 bis della L. 68/1999.

 Data di assunzione (dal 01/02/2021 se già avvenuta):

 Data di assunzione presunta (se non ancora avvenuta):

(\*) nel caso in cui il datore di lavoro non abbia conoscenza della percentuale e/o della natura dell’invalidità posseduta dal lavoratore, sarà cura dell’Agenzia RL, nel corso dell’istruttoria, acquisire, tramite le banche-dati disponibili, le informazioni necessarie a stabilire se, in relazione al punto D) dell’Avviso Pubblico *“Lavoratori per i quali spetta l’incentivo*”, il beneficio può essere effettivamente fruito (indicare nelle note aggiuntive in calce al presente modulo).

Il datore di lavoro potrà presentare richiesta di contributo per interventi relativi anche a più lavoratori. In questo caso l’azienda potrà presentare un’unica istanza duplicando la presente pagina e allegandola per ogni singolo lavoratore disabile interessato.

**Forma giuridica dell’impresa (barrare la casella che interessa):**

* Impresa
* Consorzio di imprese
* Associazione
* Fondazione
* Consorzio di Fondazioni
* Cooperativa
* Consorzio di cooperative
* Esercente la libera professione in forma individuale, associata o societaria
* Pubblica amministrazione
* soggetto utilizzatore di contratto/i di somministrazione con missione pari ad almeno 12 mesi

A tal fine dichiara:

* di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nell’ ”Avviso pubblico per la presentazione di domande di contributo a favore di datori di lavoro privati per l’assunzione a tempo determinatodi lavoratori in condizione di disabilità - Fondo Regionale Disabili - Anno 2021 - Procedura di presentazione *Just in Time*” di cui all’Allegato 1 alla determinazione n. 122 del 01/02/2021 dell’Agenzia regionale per il lavoro Emilia-Romagna;
* di essere in regola con gli adempimenti degli obblighi occupazionali stabiliti dalla L. n. 68/99 in materia di diritto al lavoro dei disabili e con il principio di non discriminazione;
* di essere in regola con il rispetto delle disposizioni in materia di assicurazione sociale e previdenziale e, quindi, con i versamenti contributivi;
* di rispettare le disposizioni normative in materia di lavoro e degli obblighi relativi alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
* di rispettare gli altri obblighi di legge e le condizioni previste negli accordi e contratti collettivi nazionali nonché quelli regionali, territoriali o aziendali, se sottoscritti, stipulati dalle organizzazioni sindacali;
* rispettare il regolamento comunitario sulle condizioni generali di compatibilità con il mercato interno.

Dichiara inoltre:

* che il contratto di assunzione a tempo determinato per il quale si richiede il contributo interessa sedi di lavoro ubicate nel territorio dell’Emilia-Romagna;
* che il lavoratore assunto a tempo determinato per il quale si presenta la domanda di contributo non ha acquisito lo stato di disoccupazione a seguito di cessazione di un precedente rapporto di lavoro subordinato con il richiedente negli ultimi 12 mesi;
* che il rapporto di lavoro con il/i lavoratore/i non è instaurato a seguito di trasferimento di azienda e/o di cessione di ramo d’azienda;
* che, il posto occupato con l’assunzione del lavoratore con disabilità non si è reso vacante a seguito di licenziamento per riduzione del personale, durante i 12 mesi precedenti;
* che il rapporto di lavoro con il/i lavoratore/i non è instaurato mediante assunzione in convenzione prevista dall’art 22 della Legge regionale n. 17/2005 e ss.mm.ii. e dall’art. 12-bis della Legge 68/99;
* di essere a conoscenza che qualora il rapporto di lavoro si risolva anticipatamente, per ragioni diverse da dimissioni volontarie, licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo:
* prima dello scadere dei 12 mesi dall’avvio, in caso di assunzione di tipo 1
* prima dello scadere dei 6 mesi dall’avvio, in caso di assunzione di tipo 2

l’incentivo non potrà essere erogato e si procederà con la revoca totale del contributo;

* che l’impresa per la/le presenti assunzioni
* non ha fruito
* ha fruito dei seguenti benefici pubblici (da detrarre dall’importo dl contributo richiesto)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (indicare i riferimenti normativi e gli importi dei benefici fruiti)

* che l’ammontare totale del costo salariale lordo presunto per il lavoratore è pari a:
* per 12 mesi (assunzione di tipo 1 da scheda lavoratore: disabilità fisica) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(in caso di part-time va indicato il costo salariale già riproporzionato)*

* per \_\_\_\_\_mesi (assunzione di tipo 2 da scheda lavoratore: disabilità psichica/intellettiva con

 contratto di lavoro minimo 6 mesi) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(in caso di part-time va indicato il costo salariale già riproporzionato)*

Il contributo richiesto, corrispondente al:

* 60% del costo salariale lordo annuo presunto per i datori di lavoro non soggetti agli obblighi di assunzione di cui alla legge n. 68/1999 e per quelli obbligati che assumono oltre la quota d’obbligo;
* 40% del costo salariale lordo annuo presunto per i datori di lavoro soggetti agli obblighi di assunzione di cui alla legge n. 68/1999.

è pari a ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte degli organi competenti sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, e si impegna quindi a rendere disponibili i documenti a tal fine necessari;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**In caso di ammissione al contributo si impegna a:**

* Fornire le informazioni e la documentazione richiesti dal presente avviso;
* Comunicare tempestivamente all’ARL le eventuali variazioni nei dati contenuti nella presente domanda e nei relativi moduli, compreso ogni mutamento del rapporto di lavoro (licenziamento, dimissioni spontanee, ecc.) cui si riferisce il contributo;

**COMUNICA**

Che il referente da contattare per eventuali informazioni o chiarimenti in merito alla documentazione presentata è:

Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali comunicazioni e/o note aggiuntive del datore di lavoro:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

 Firma del Legale Rappresentante

Ai fini dell'ammissibilità della domanda di contributo, la presente istanza deve essere compilata in ogni sua parte e deve essere allegata la seguente documentazione obbligatoria:

* **Modulo n. 2 -** Dichiarazione sostitutiva per la concessione di aiuti in esenzione;
* **Modulo n. 3 -** Informativa Privacy;
* Copia leggibile di valido documento di riconoscimento del Legale rappresentante dell'impresa che presenta la domanda.