



Dipartimento Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università

Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020

Piano Operativo 2016- 2018

“Intervento 4 -Garanzia Over”

ALLEGATO 8

RICHIESTA EROGAZIONE DELL'INCENTIVO PER L'ASSUNZIONE

CUP:

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

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome: _____;

Data e luogo di nascita: __/__/____ a _____, prov.()

Codice fiscale personale: _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

in qualità di Rappresentante legale/titolare dell'IMPRESA/DATORE DI LAVORO

avente la seguente denominazione:

Codice fiscale e Partita IVA _____

con sede legale in _____ prov.() CAP _____

Via _____ nr. _____

e

sede operativa in _____ prov.() CAP _____

Via _____ nr. _____

(indicare la Sede interessata dall'assunzione e dall'eventuale tirocinio pre assunzione)

premessi che

- l'incentivo per le Assunzioni a tempo indeterminato è stato concesso nella misura di € _____;

DICHIARA

- di aver proceduto all'Assunzione a tempo indeterminato in data __/__/____ a seguito di una delle seguenti tipologie (barrare la tipologia di riferimento):

geografici della regione Abruzzo, fatta eccezione per i c.d. "cantieri mobili". In caso di distacco, si deve rispettare quanto disposto dall'art. 30, D.Lgs., nr. 276/03 e dai C.C.N.L. di riferimento;

- d) di non avere in corso procedure di C.I.G. per la stessa qualifica professionale oggetto della richiesta di tirocinio e assunzione al momento della presentazione della candidatura, qualora il richiedente sia un'impresa nella quale operi una sospensione dei rapporti, od una riduzione dell'orario, con diritto al trattamento di integrazione salariale;
- e) di essere in regola con il versamento degli obblighi contributivi ed assicurativi di legge;
- f) di essere in regola con la normativa in materia di sicurezza sul lavoro;
- g) che le assunzioni non riguardano i soggetti che nell'ultimo rapporto di lavoro a tempo indeterminato, cessato dal 30 settembre 2016, siano stati dipendenti del datore di lavoro/impresa beneficiari dell'incentivo o di soggetti che presentino assetti proprietari sostanzialmente coincidenti con i datori di lavoro/impresе che provvedono alle assunzioni, ovvero con queste ultime in rapporto di collegamento o controllo, ai sensi dell'articolo 2359 c.c.;
- h) che le assunzioni non riguardano pensionati, lavoratori a domicilio, dirigenti privati o soggetti da assumere obbligatoriamente ai sensi della normativa nazionale vigente (es. collocamento mirato ex L. 68/99);
- i) *unicamente per le agenzie di somministrazione*: che le assunzioni riguardano solo il personale assunto e utilizzato direttamente dalle agenzie stesse;
- j) *per le imprese*: di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato;
- k) che non sussistono rapporti di parentela o di affinità entro il terzo grado o di coniugio tra i soggetti ospitanti/datori di lavoro (titolare di ditta individuale o soci/amministratori in caso di società) e tirocinanti e/o lavoratori oggetto degli incentivi di cui al presente Avviso;
- l) che l'assunzione comporta un incremento occupazionale in termini assoluti rispetto alla forza lavoro assunta con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato alla data del 30 settembre 2016, fatta eccezione per posti occupati resisi vacanti in seguito a decesso, invalidità, pensionamento, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa

DICHIARA ALTRESÌ

la seguente dinamica occupazionale:

Numero complessivo unità lavorative in forza
alla data del 30 settembre 2016

(Tempo Indet.) _____

Numero complessivo unità lavorative in forza
alla data di presentazione dell'istanza

(Tempo Indet.) _____

Numero complessivo unità lavorative in forza
alla data di assunzione del lavoratore

(Tempo Indet.) _____

Numero complessivo unità lavorative in forza
ad oggi (data di richiesta erogazione degli
incentivi)

(Tempo Indet.) _____

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente alla Regione Abruzzo – Dipartimento Sviluppo economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca ed Università, eventuali variazioni connesse al presente Intervento.
- a garantire, per almeno un **biennio**, a partire dalla data di assunzione, la **permanenza dei rapporti di lavoro e dei livelli occupazionali** previsti dal presente Avviso, nonché **il rispetto degli obblighi retributivi**, contributivi ed assicurativi previsti dal C.C.N.L. di riferimento vigente;

AUTORIZZA

in conformità al D.Lgs., 30-06-2003, nr. 196, la Regione Abruzzo – Dipartimento Sviluppo economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca ed Università al trattamento dei dati resi nella presente domanda.

La presente Richiesta di erogazione del contributo è presentata unitamente a:

- ricevuta dell'avvenuta comunicazione obbligatoria telematica dell'assunzione del lavoratore interessato;
- estratto del Libro Unico del Lavoro (L.U.L.), ove risulti l'iscrizione di tutti i lavoratori interessati dalle Assunzioni di cui al presente Avviso, allegando attestazione del soggetto autorizzato alla tenuta del L.U.L. che dichiara che il L.U.L. è stato interamente prodotto;
- stampa dei fogli numerati dell'estratto del Libro Unico del Lavoro (L.U.L.);
- prospetto sintetico con il numero di lavoratori a T.I. che risultano alle dipendenze a tempo pieno e a tempo parziale ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- buste paga del lavoratore/lavoratrice;
- polizza fideiussoria (*solo se l'incentivo viene richiesto a titolo di anticipazione*);
- dichiarazione di conferma o di aggiornamento dei dati inerenti l'importo totale degli aiuti, relativamente al momento della concessione del contributo, ai sensi dell'art.4 del Reg.(UE) n.1407/2013 (*solo se impresa*);
- copia fotostatica fronte retro di un valido documento di riconoscimento del Rappresentante legale/titolare dell'IMPRESA / DATORE DI LAVORO: Tipo di documento _____ n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il __/__/____
- copia fotostatica fronte retro di un valido documento di riconoscimento del lavoratore: Tipo di documento _____ n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il __/__/____;

Luogo e data _____

Timbro e firma del Rappresentante
legale/titolare dell'IMPRESA / DATORE DI LAVORO _____