

Data e ora di arrivo all'URP del Comune di Medicina	Protocollo
--	------------

(da compilare su carta intestata dell'impresa)

Spett.le
Comune di Medicina
Via Libertà 103
40059 Medicina
PEC comune.medicina@cert.provincia.bo.it

**OGGETTO: INTERVENTI STRAORDINARI PER L'ANNO 2017 / 2018 A SOSTEGNO
DELL'OCCUPAZIONE MEDIANTE CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A FONDO
PERDUTO A FAVORE DI IMPRESE**

**Dichiarazione sostitutiva di notorietà
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a
nato/a a prov. il
residente nel Comune di prov.
via codice fiscale

in qualità di titolare
 legale rappresentante

dell'impresa iscritta al Registro Imprese della Camera di Commercio di
denominazione / ragione sociale.....
codice fiscale..... partita IVA (indicare solo se diverso)
sede legale via/piazza..... numero.....
Comune prov.
telefono cellulare.....
fax e-mail.....
PEC (posta elettronica certificata)
sede operativa (se diversa dalla sede legale) via/piazza..... numero.....
Comune prov.
telefono cellulare.....
fax e-mail.....
PEC (posta elettronica certificata)

operante nel settore

- industria agricoltura terziario commercio artigianato
 turismo servizi (si precisa che dal beneficio sono esclusi i datori di lavoro domestico)

CHIEDE

la concessione di contributi a sostegno dell'occupazione, nel rispetto di quanto previsto dal bando approvato con deliberazione GM 121 del 8/9/2014, per il/i seguente/i lavoratore/i

Cognome Nome
residente a Medicina dalla data del in Via

- 1) assunzione con contratto a tempo indeterminato (CCNL di categoria) a:
 - tempo pieno dalla data del (indicare decorrenza assunzione)
 - tempo parziale per n. ore sett.li dalla data del(indicare decorrenza assunzione)
- 2) contratto di lavoro a termine trasformato, entro 12 mesi dall' attivazione, in contratto a tempo indeterminato (specificare il tipo di contratto, indicando la data di decorrenza dell'assunzione a tempo indeterminato e il periodo di validità del contratto a termine in precedenza attivato):
 - tempo pieno dalla data del
(il contratto a termine in precedenza attivato, era valido dal al)
 - tempo parziale per n. ore sett.li dalla data del
(il contratto a termine in precedenza attivato era valido dal al)
- 3) Proroga contratto a termine di durata pari o superiore a **3 mesi continuativi** (CCNL di categoria) a:
 - tempo pieno – indicare il periodo dal..... al
 - tempo parziale per n. ... ore sett.li - indicare il periodo dal al
- 4) contratto a termine di durata pari o superiore a **3 mesi continuativi** (CCNL di categoria) a:
 - tempo pieno – indicare il periodo dal..... al
 - tempo parziale per n. ... ore sett.li: indicare il periodo dal al

se si tratta di una nuova assunzione, barrare la casistica in cui rientra il lavoratore "nuovo" assunto:

- disoccupato a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo
- disoccupato a seguito di licenziamento (escluse le dimissioni volontarie, il licenziamento per giusta causa, disciplinare o giustificato motivo soggettivo e comunque dovuto a cause imputabili al lavoratore)
- disoccupato per mancato rinnovo di una qualsiasi tipologia di contratto di lavoro a termine assimilabile al lavoro dipendente
- disoccupato a seguito di dimissioni per giusta causa per mancata corresponsione di almeno 3 mensilità
- inoccupato in cerca di prima occupazione

Cognome Nome
residente a Medicina dalla data del in Via

- 1) assunzione con contratto a tempo indeterminato (CCNL di categoria) a:
 - tempo pieno dalla data del (indicare decorrenza assunzione)
 - tempo parziale per n. ore sett.li dalla data del (indicare decorrenza assunzione)
- 2) contratto di lavoro a termine trasformato, entro 12 mesi dall' attivazione, in contratto a tempo indeterminato (specificare il tipo di contratto, indicando la data di decorrenza dell'assunzione a tempo indeterminato):
 - tempo pieno dalla data del
(il contratto a termine in precedenza attivato, era valido dal al)
 - tempo parziale per n. ore sett.li dalla data del
(il contratto a termine in precedenza attivato, era valido dal al)
- 3) Proroga contratto a termine di durata pari o superiore a **3 mesi continuativi** (CCNL di categoria) a:
 - tempo pieno – indicare il periodo dal..... al
 - tempo parziale per n. ... ore sett.li - indicare il periodo dal al
- 4) contratto a termine di durata pari o superiore a **3 mesi continuativi** (CCNL di categoria) a:
 - tempo pieno – indicare il periodo dal..... al
 - tempo parziale per n. ... ore sett.li: indicare il periodo dal al

se si tratta di una nuova assunzione, barrare la casistica in cui rientra il lavoratore "nuovo" assunto:

- disoccupato a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo
- disoccupato a seguito di licenziamento (escluse le dimissioni volontarie, il licenziamento per giusta causa, disciplinare o giustificato motivo soggettivo e comunque dovuto a cause imputabili al lavoratore)
- disoccupato per mancato rinnovo di una qualsiasi tipologia di contratto di lavoro a termine assimilabile al lavoro dipendente
- disoccupato a seguito di dimissioni per giusta causa per mancata corresponsione di almeno 3 mensilità
- inoccupato in cerca di prima occupazione

Per ogni impresa si prevede un massimo di due interventi contributivi

Il sottoscritto indica i seguenti dati per l'accredito del contributo richiesto assumendosi ogni responsabilità in merito all'esattezza dei dati riportati ed impegnandosi a comunicare tempestivamente variazioni:

bonifico sul c/c intestato a
Istituto di Credito
Agenzia di Filiale
IBAN

A tal fine, il/la sottoscritto/a, **consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non rispondenti a verità, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del citato DPR qualora venga accertata la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese,**

DICHIARA

1) la regolarità della propria correttezza contributiva nei confronti dell'I.N.P.S - I.N.A.I.L. e che l'impresa applica il seguente CCNL: settore _____

2) che l'impresa **RISULTA REGOLARE** ai fini del DURC in quanto:

a) è iscritta all'I.N.P.S. sede di _____ con PC/matricola aziendale n. _____ e risulta regolare con il versamento dei contributi al _____;

b) è assicurata all'I.N.A.I.L. con Codice Ditta n. _____

Posizione assicurativa territoriale n. _____ sede competente _____

risulta regolare con il versamento dei premi e accessori al _____

INOLTRE DICHIARA

Di avere preso visione e di possedere tutti i requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico, approvato dalla Giunta Comunale con deliberazione n. _____ del _____:

- che il rapporto di lavoro per il quale si richiede il contributo è stato attivato nel pieno rispetto del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del settore e si configura come assunzione per l'occupazione di posti di lavoro di nuova istituzione o comunque resosi disponibili, senza avere disposto licenziamenti (con eccezione di quelli disposti per giusta causa) negli ultimi sei mesi precedenti la data di attivazione del contratto di lavoro per il quale si richiede il beneficio. Sono esclusi dal contributo le assunzioni di lavoratori legati al datore di lavoro da rapporti di parentela o affinità fino al terzo grado, le assunzioni di lavoratori provenienti da imprese collegate a livello societario, gli inserimenti lavorativi di lavoratori svantaggiati per i quali l'azienda ha fruito di agevolazioni o contributi finanziari
- di non avere in essere, alla decorrenza del nuovo rapporto di lavoro, di cui si richiede contributo, contratti di solidarietà, cassa integrazione ordinaria, straordinaria e in deroga
- Di essere in regola con il pagamento delle retribuzioni del proprio personale e con il versamento dei contributi assistenziali e previdenziali
- Che la situazione di vigenza del/i rapporto/i di lavoro subordinato deve permanere per **almeno 3 mesi consecutivi**
- di non avere commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana;
- di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo.

ALLEGA

a) copia fotostatica di un documento d'identità, in corso di validità, del sottoscrittore;

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI DATI PERSONALI

Il Comune di Medicina informa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene resa e in conformità ad obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria. Il relativo trattamento non richiede il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 18 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio e il rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità di proseguire con l'istruttoria della domanda.

Luogo e data

Timbro dell'azienda e firma del titolare o legale rappresentante