

Regione Molise - Direzione Generale III[^]
Servizio per le politiche attive per il Lavoro e l'occupazione
Via Toscana , 63
86100 Campobasso

**Richiesta di accesso agli incentivi all'assunzione dei lavoratori svantaggiati inseriti nella
Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di re-impiego nella Regione Molise**

Prima Parte

Il sottoscritto in qualità di (°) titolare (°) legale rappresentante
dell'impresa
(denominazione)

esercente l'attività di
.....Codice ATECO

Codice Fiscale Partita IVA

Posizione assicurativa INPS

Posizione assicurativa INAIL

in riferimento a quanto previsto dall'Avviso per la presentazione di richieste di accesso agli incentivi all'assunzione dei lavoratori svantaggiati inseriti nell'*Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di re-impiego nella Regione Molise*, approvato con determinazione direttoriale n. 228 del 10 agosto 2009 e successivamente modificato ed integrato, a seguito di parziale annullamento in autotutela, con determinazione direttoriale n. 323 del 27 maggio 2010

chiede

la concessione degli aiuti

(°) all'assunzione a tempo indeterminato

(°) alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato

presso l'unità produttiva di

.....
(città/ via/ prov.)

.....
(telefono /fax/ e-mail)

.....
(cognome e nome della persona da contattare)

del lavoratore sotto indicato:

Cognome e Nome	C.F.	
nato/a il	a	Prov./Stato
data dell'assunzione/trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato		
qualifica	mansione	
codice identificativo della comunicazione telematica di assunzione/trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato (mod. UNILAV)		
orario di lavoro (°) tempo pieno (°) tempo parziale	h/settimanali	

Nota:

(°) barrare le voci che interessano

e si impegna

a comunicare entro sessanta giorni dal compimento del sesto e del diciottesimo mese

(°) dall'assunzione a tempo indeterminato

(°) dalla trasformazione del contratto a tempo indeterminato:

- il mantenimento dello stato di occupazione del lavoratore assunto per tutto il periodo dei sei/diciotto mesi di riferimento, nel rispetto del C.C.N.L. applicato;
- eventuali variazioni dell'orario di lavoro settimanale;
- la regolarità contributiva e retributiva nel periodo di riferimento;
- l'entità del costo salariale complessivo sostenuto nel periodo di riferimento;

Il sottoscritto è consapevole che il mancato invio della comunicazione e delle relative informazioni, nel termine sopra indicato ha effetti di rinuncia al beneficio richiesto e che la Regione procederà alla riduzione degli aiuti all'occupazione in caso di superamento del massimale consentito per effetto di eventuali altri aiuti economici concessi all'impresa per gli stessi costi salariali.

(luogo e data)

(firma per esteso)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/03

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(luogo e data)

(firma per esteso)

Nota:

(°) barrare le voci che interessano

—

Dichiarazione di responsabilità

ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000

Il sottoscritto in qualità di (°) titolare (°) legale rappresentante dell'impresa

Codice Fiscale Partita IVA

consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli art. 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara

- che l'impresa è iscritta alla CCIAA/Registro di n. iscrizione

- di gestire l'unità produttiva interessata dall'assunzione

(°) a titolo di proprietà

(°) di affitto, il cui periodo residuo di durata non risulta inferiore a 36 mesi rispetto alla data dell'assunzione;

- di aver aderito all'invito a manifestare interesse per gli interventi finalizzati al reimpiego dei lavoratori svantaggiati inseriti nell'*Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di re-impiego nella Regione Molise*;

- CCNL applicato

(°) contratto collettivo prov./aziendale del

- che l'impresa è attiva, non si trova in stato di liquidazione o di fallimento e non ha presentato domanda di concordato;

- che l'impresa

(°) non ha in atto sospensioni dal lavoro per crisi aziendale, ristrutturazione, riorganizzazione, riconversione aziendale, per le quali ha richiesto ed ottenuto il trattamento straordinario di integrazione salariale;

(°) ha in atto sospensioni dal lavoro delle unità di personale aventi la qualifica sotto indicate - per crisi aziendale, ristrutturazione, riorganizzazione, riconversione aziendale - per le quali ha richiesto ed ottenuto il trattamento straordinario di integrazione salariale:

qualifica mansione

qualifica mansione

qualifica mansione

mentre il lavoratore sopra indicato ha la diversa qualifica di

- che l'impresa nei sei mesi precedenti l'assunzione

(°) non ha effettuato licenziamenti per riduzione di personale;

(°) ha licenziato - per riduzione di personale - lavoratori aventi le qualifiche di

qualifica mansione

qualifica mansione

qualifica mansione

mentre il lavoratore sopra indicato ha la diversa qualifica di

Nota:

(°) barrare le voci che interessano

- che tra il datore di lavoro che ha assunto ed il datore di lavoro di provenienza del lavoratore
 - (°) sussiste (°) non sussiste sostanziale coincidenza con gli assetti proprietari;
 - (°) intercorrono (°) non intercorrono rapporti di collegamento;
 - (°) intercorrono (°) non intercorrono rapporti di controllo;
- che tra il datore di lavoro ed il lavoratore assunto
 - (°) sussiste (°) non sussiste un rapporto di coniugio
 - (°) sussiste (°) non sussiste un rapporto di parentela entro il secondo grado;
- che l'impresa non beneficia di aiuti per la ristrutturazione ed il salvataggio delle aziende in difficoltà;
- che l'impresa è in regola con le contribuzioni previdenziali ed assicurative;
- che l'impresa rispetta il CCNL di riferimento (°) ed il contratto collettivo prov./aziendale del
-;
- che l'impresa è in regola con gli adempimenti degli obblighi occupazionali stabiliti dalla legge n. 68/99 in materia di diritto al lavoro dei disabili (solo per le imprese con più di 15 dipendenti);

Da atto

infine, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto asserito, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

Allega fotocopia del documento di identità (tipo) n.

(luogo e data)

(firma per esteso)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/03

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(luogo e data)

(firma per esteso)

Nota:

(°) barrare le voci che interessano