

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

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

con riferimento alla domanda di aiuti all'occupazione presentata in data, in relazione

(°) all'assunzione a tempo indeterminato

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

del lavoratore effettuata in data

codice identificativo della pratica

presso l'unità produttiva di

.....
a valere sull' *Azione di Sistema Welfare to Work per le politiche di re-impiego nella Regione Molise*

- 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 rappresenta

(°) nel semestre successivo all'assunzione/trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato del predetto dipendente, intercorso dal al

(°) nel periodo di 12 mesi decorso dal settimo al diciottesimo mese successivo all'assunzione/trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato del predetto dipendente, intercorso dal al

- ha mantenuto lo stato di occupazione del predetto dipendente, nel rispetto del regime contrattuale applicato;

- ha operato le seguenti variazioni dell'orario di lavoro settimanale

.....

a far data dal

- ha assolto regolarmente agli obblighi retributivi e contributivi derivanti dall'intercorso apporto di lavoro;

- ha sostenuto un costo salariale lordo complessivo pari a € corrispondente al Totale C dell'unito prospetto riepilogativo;

- ha usufruito di altri aiuti o benefici accordati in relazione all'assunzione/trasformazione a tempo indeterminato del rapporto di lavoro del medesimo lavoratore, aventi natura di sovvenzione diretta in denaro pari complessivamente a €

Comunica, inoltre, la seguente modalità di riscossione dell'aiuto all'occupazione spettante:

- accredito sul conto corrente bancario intestato a, di cui vengono indicate le seguenti coordinate:

Banca Agenzia

IBAN

COSTO SALARIALE (come definito dal Regolamento CE n. 800 del 6 agosto 2008)

Periodo dal al

<i>Retribuzione lorda</i>	€			
<i>Ratei delle mensilità Aggiuntive</i>	€			
<i>Ratei T.F.R.</i>	€			
<i>Oneri contributivi INPS al lordo delle agevolazioni fruitive</i>	€	<i>Sgravi/ fiscalizzazioni degli oneri contributivi INPS</i>	- €	
<i>Oneri contributivi INPS al lordo delle agevolazioni fruitive</i>	€	<i>Sgravi/ fiscalizzazioni degli oneri contributivi INAIL</i>	- €	Totale C
Totale A	€	- Totale B	- €	€

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)