

Oggetto della domanda:

Domanda per la concessione di un contributo per l'assunzione di persone disabili

Dichiarazioni e altre indicazioni

Il/la richiedente dichiara sotto la propria responsabilità ed a conoscenza delle conseguenze penali in base agli articoli 483, 495 e 496 in caso di dichiarazioni false o incomplete che:

- la ditta non ha chiesto in merito alcun contributo ad altri enti pubblici (ad esclusione dei casi del disoccupato di lungo durata o del lavoratore delle liste di mobilità);
- le fotocopie allegate (dichiarazioni di invalidità) sono conformi all'originale.

A tale scopo viene allegata la seguente documentazione:

- 1) Elenco dalla quale risulta: nome, cognome, indirizzo, data d'assunzione e l'eventuale data di licenziamento della persona per la quale si chiede il premio; il costo preventivo del lavoratore (**oneri previdenziale ed assistenziali - INPS ed INAIL - per l'anno solare**); profilo professionale e mansioni corrispondenti ed altre eventuali notizie utili, relative al soggetto portatore di handicap, grado di invalidità in percentuale;
- 2) Nel caso in cui la persona per la quale si richiede il contributo non è stata assunta ai sensi della legge per il collocamento obbligatorio: copia della dichiarazione di invalidità rilasciata dalla Commissione Provinciale competente o copia di una certificazione medico-specialistica di un servizio pubblico (A.S.L.) attestante l'handicap con valutazione della gravità ovvero la residua capacità lavorativa che deve essere rinnovato e acquisito annualmente.

Barrare la rispettiva casella

- Il/la richiedente dichiara che l'azienda **non è soggetta** all'obbligo di assunzione di persone disabili ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68.
- Il/la richiedente dichiara che l'azienda **è soggetta** all'obbligo di assunzione di persone disabili ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta in mia presenza
(nome del/la funzionario/a incaricato/a della Provincia autonoma di Bolzano - Alto Adige)
- consegnata o inviata per posta, per fax o tramite un incaricato unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento:
 - carta d'identità passaporto patente di guida
 - altro

(il documento deve essere munito di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciato da un'amministrazione dello Stato)

**Informativa ai sensi dell'art 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali
(Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196)**

I dati personali da Lei forniti verranno trattati dall'Amministrazione provinciale anche in forma digitale in applicazione della legge provinciale 30.06.1983 n. 20 e della legge 12.03.1999, n. 68 e potranno essere comunicati esternamente ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Il titolare dei dati è la Provincia Autonoma di Bolzano - Alto Adige. Il responsabile del trattamento è il Direttore della Ripartizione Lavoro. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In mancanza dei Suoi dati, non si potrà dare seguito alle Sue richieste ed istanze. Le competono i diritti previsti dall'articolo 7 del codice in materia di protezione dei dati personali e quindi potrà accedere ai Suoi dati chiedendone la correzione, l'integrazione e – ricorrendone gli estremi di legge – la cancellazione o il blocco.

Luogo e data

firma

.....

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

.....

(firma leggibile del/della rappresentante)

Per informazioni si rivolga a:

Sig.ra Carmen Stauder (tel. 0471/ 41 86 09 - carmen.stauder@provincia.bz.it) o al Centro di mediazione lavoro di riferimento.

Azienda:

Luogo:

Persona competente per la richiesta: Telefono

Persone disabili per le quali viene richiesto il contributo

nome/indirizzo data di nascita	assunzione obbligatoria	grado di invalidità in percentuale	data assunzione e evt. cessazione	tipo di contratto	Contratto collettivo, qualifica funzionale e profilo professionale con le mansioni corrispondenti	costo preventivo per l'anno in corso
Cognome Nome Indirizzo Data di nascita [][] . [][] . [][][][]	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no %	Assunzione [][] . [][] . [][][][] Cessazione [][] . [][] . [][][][]	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato fino [][] . [][] . [][][][]	Contratto collettivo qualifica funzionale profilo professionale con le mansioni corrispondenti	Contributi sociali INPS % € (a carico del datore di lavoro) contributi INAIL € Totale €
Cognome Nome Indirizzo Data di nascita [][] . [][] . [][][][]	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no %	Assunzione [][] . [][] . [][][][] Cessazione [][] . [][] . [][][][]	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> a tempo determinato fino [][] . [][] . [][][][]	Contratto collettivo qualifica funzionale profilo professionale con le mansioni corrispondenti	Contributi sociali INPS % € (a carico del datore di lavoro) contributi INAIL € Totale €

Data

[][] . [][] . [][][][]

Firma

.....