REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DA SPEDIRE CON RACCOMANDATA A/R
(utilizzando una busta formato A/4)

MARCA DA BOLLO

€. 16,00

All'Assessorato del Turismo, Artigianato e Commercio
Servizio Sostegno alle Imprese
Viale Trieste, 105

09123 CAGLIARI

Domanda di contributo in conto occupazione
L.R. 13 agosto 2001, n. 12 Incentivi alle imprese artigiane sull'apprendistato

Il sottoscritto _____titolare / legale rappresentante dell'impresa artigiana _____ con sede legale in _____ Via/Piazza _____
Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
esercente l'attività _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____
ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 13 agosto 2001, n. 12

C H I E D E

la concessione del contributo in conto occupazione per n. _____ apprendisti:

Cognome _____ Nome _____ luogo e data di nascita _____ Data assunzione _____ Durata del contratto di apprendistato in mesi _____ indicare l'eventuale presenza di disabilità ☐
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ luogo e data di nascita _____ Data assunzione _____ Durata del contratto di apprendistato in mesi _____ indicare l'eventuale presenza di disabilità ☐
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ luogo e data di nascita _____ Data assunzione _____ Durata del contratto di apprendistato in mesi _____ indicare l'eventuale presenza di disabilità ☐
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ luogo e data di nascita _____ Data assunzione _____ Durata del contratto di apprendistato in mesi _____ indicare l'eventuale presenza di disabilità ☐
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ luogo e data di nascita _____ Data assunzione _____ Durata del contratto di apprendistato in mesi _____ indicare l'eventuale presenza di disabilità ☐
Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di false attestazioni, formazione e uso di atti falsi, dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76, del DPR n. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna/e delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

a) di non aver provveduto, nei dodici mesi precedenti alle assunzioni e/o trasformazioni, a riduzione di personale ad esclusione di riduzioni dovute a cause indipendenti dalla volontà del Datore di Lavoro;

b) di applicare i contratti collettivi di lavoro nazionali, regionali e provinciali;

c) che il numero dei dipendenti (o la media degli stessi), esclusi gli apprendisti e gli assunti con contratto a tempo determinato, in carico nei dodici mesi precedenti le assunzioni per cui si chiede il contributo è pari a: _____;

d) che l'attività dell'impresa si svolge stabilmente nella regione Sardegna;

e) che la documentazione da esibire in sede di controlli è disponibile presso:
_____;

f) di essere in regola con le disposizioni previste dalle L. 626/94 e successive modifiche e integrazioni in materia di salute e sicurezza sul posto del lavoro;

g) di essere a conoscenza delle disposizioni della Comunità Europea sui regimi di aiuti di stato a finalità regionale;

☐ di non aver beneficiato di aiuti in regime "de minimis" (barrare la casella);

h) di aver beneficiato dei seguenti aiuti "de minimis" nel triennio antecedente la data di inoltro della presente domanda;

Data di concessione dell'agevolazione	Norma che autorizza l'agevolazione	Ente concedente	Importo agevolazione

i) che l'impresa non ha ricevuto, né ha in corso di definizione, per le stesse finalità, aiuti di pari natura previsti da leggi comunitarie, nazionali o regionali;

l) che la media delle ore lavorate da ciascun apprendista nel periodo per il quale si richiede il contributo non è stata inferiore alle 104 ore mensili;

DICHIARA ALTRESI'

m) che l'Impresa è iscritta all'Albo delle imprese artigiane di (indicare la provincia) _____ ai sensi della legge 8 agosto 1985, n. 443 e successive modificazioni e integrazioni, ovvero è stata cancellata dall'Albo delle Imprese Artigiane in data _____;

n) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato;

o) dichiara inoltre:

_____

_____

E

con riferimento all'art. 44 bis del D.P.R. 445/2000, **concernente l'acquisizione d'ufficio delle informazioni relative alla regolarità contributiva,** come introdotto dalla Legge 183/2011, art. 15, dichiara i seguenti dati relativi all'Impresa:

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tipo ditta *	☐ *Datore di lavoro* ☐ *Lavoratore autonomo* ☐ *Gestione separata – Committente/Associante* ☐ *Gestione separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione*					
Codice Fiscale *						
Denominazione / ragione sociale *						
Indirizzo mail * e Fax *						
Sede legale / Indirizzo *	Cap		Comune		Pr	
	Via/Piazza				N°	
Sede operativa / Indirizzo attività *	Cap		Comune		Pr	
	Via/Piazza				N°	
C.C.N.L. applicato *	☐ Edilizia ☐ Edile con solo impiegati e tecnici ☐ Altri settori _____					

ENTI PREVIDENZIALI			
INAIL codice ditta *		**INAIL sede competente***	
INPS matricola azienda *		**INPS sede competente***	
INPS codice fiscale *		**INPS sede competente***	
INPS posizione contributiva individuale *		**INPS sede competente ***	
CASSA EDILE codice impresa *		**CASSA EDILE sede competente ***	

Allega la seguente documentazione:

1) copia della comunicazione inoltrata al competente Ufficio per il lavoro attestante l'assunzione degli apprendisti oggetto di richiesta di contributo e, in caso di avvenuta cessazione, copia della comunicazione inoltrata al competente Ufficio per il lavoro;

2) copia del contratto di apprendistato sottoscritto dal lavoratore e dall'impresa al momento dell'assunzione;

3) eventuale certificato di disabilità relativo agli apprendisti assunti;

4) copia buste paga vidimate dall'INAIL e firmate dal lavoratore, relative al periodo per il quale si richiedono i contributi. Il periodo è da intendersi dal mese di assunzione fino al mese precedente l'invio della domanda stessa, mentre, in caso di avvenuta cessazione del contratto, dalla data di assunzione fino al mese di cessazione;

5) copia del documento di identità del legale rappresentate in corso di validità;

6) Codice Iban del conto corrente nel quale accreditare l'eventuale contributo spettante.

Data _____

IL DICHIARANTE
Timbro e Firma

[i]

(La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione **NON va mai autenticata**).

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs 196/2003 e successive modifiche e integrazioni: 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.

[i] **La compilazione di tutti i campi è obbligatoria. In particolare, una non chiara, illeggibile, errata o parziale compilazione di quelli necessari per la richiesta del DURC (contrassegnati da *) determinando il mancato rilascio del DURC, impedirà ogni eventuale pagamento a favore dell'Impresa.**