

Allegato "B"

ALLA REGIONE LAZIO
DIREZIONE REGIONALE FORMAZIONE E LAVORO
Area DB/05/12
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 ROMA

per il tramite di

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE
DI
Servizio.....
Via

LEGGE 12 MARZO 1999, n° 68 ART. 13 (sostituito dal comma 37, lettera c) dell'art. 1, L. 24 dicembre 2007, n. 247)

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO ALL'ASSUNZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di legale rappresentante dell'azienda (Ragione sociale) _____

P.I. _____ C.F. _____

Codice ATECO _____ con sede legale a _____

Via _____ n. _____

TEL _____ FAX _____ E-MAIL _____

n. di dipendenti (a livello nazionale) _____, che ha stipulato con l'Amministrazione Provinciale di _____ la convenzione ai sensi

- dell'art. 11 della legge 68/99 in data _____ relativa a n° _____ inserimenti
- dell'art. 12 bis della l. 68/99 in data _____ relativa a n° _____ inserimenti

CHIEDE

per la sede operativa di _____ Via _____ n. _____

TEL _____ FAX _____ E-MAIL _____

ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettere a) b) c) della legge 12 marzo 1999, n. 68, come sostituito dalla Legge 247/2007, il rimborso del costo salariale annuo nella misura

- del 60 per cento del costo salariale annuo effettivo, calcolato come da regolamento comunitario n. 800 del 6 agosto 2008, pari ad € _____, per il sottoindicato lavoratore disabile, assunto attraverso la convenzione di cui sopra, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, e che ha:
 - o una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79 per cento;

- una minorazione ascritta dalla prima alla terza categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni;
- un *handicap* intellettuale e psichico, indipendentemente dalle percentuali di invalidità;
- del 25 per cento del costo salariale annuo effettivo, calcolato come da regolamento comunitario n. 800 del 6 agosto 2008, pari ad € _____, per il lavoratore disabile, assunto attraverso le convenzioni di cui sopra con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, e ha:
 - una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67 per cento e il 79 per cento;
 - una minorazione ascritta dalla quarta alla sesta categoria di cui alle tabelle citate nella lettera a);

Per il sottoindicato lavoratore

Sig. _____
 nato/a _____ (prov. _____), sesso _____ residente
 a _____ via _____, assunto
 il _____ C.F. _____, cittadinanza _____ titolo di
 studio _____ con contratto a tempo indeterminato con la qualifica
 di _____ livello di inquadramento _____ CCNL _____
 _____ data di eventuale cessazione del rapporto di lavoro _____

DICHIARA INOLTRE

Ai sensi dell'art. 46 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci,

- Che l'azienda è soggetta all'obbligo di assunzione di persone con disabilità ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68;
- Che l'azienda non è soggetta all'obbligo di assunzione di persone con disabilità ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68
- che il costo salariale sostenuto su base annua (o per il periodo ridotto qualora fosse intervenuta l'interruzione del rapporto di lavoro) del lavoratore per il quale si presenta la domanda di contributo è pari a €..... ;
- di essere consapevole che, qualora sussistano tutti i presupposti, il beneficio del contributo sarà riconosciuto, ed erogato, compatibilmente con le risorse disponibili ed, eventualmente, nel rispetto della graduatoria formulata dalla Regione Lazio,
- di non usufruire di altri benefici di legge per l'assunzione del lavoratore per cui si inoltra la domanda;

