

Mod_1

(da riportare su carta intestata del Datore di Lavoro Richiedente)

A:

Ente attivatore

SEDE

(sostituire con i dati riportati nell'attivazione consegnata dal dipendente)

OGGETTO: Richiesta di rimborso ai sensi dell'art. 9 del D.P.R. 194/2001.
Evento _(riportato nell'attivazione consegnata dal dipendente).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____, nella sua qualità di
rappresentante legale della ditta _____,
con sede legale in _____ (prov. _____),
indirizzo _____ cap _____,
telefono _____ fax _____,
codice fiscale _____,
e-mail _____,
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del
28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere e di formazione o
uso di atti falsi:

C H I E D E, ai sensi dell'art. 18 comma 3, lett. c), della legge 24 febbraio
1992 n. 225, nonché dell'art. 9 del D.P.R. n. 194/01, che gli vengano
reintegrate le spese sostenute come appresso indicato, in esito all'impiego
dei seguenti propri dipendenti:

| cognome | nome | luogo di nascita | data di nascita | codice fiscale | matricola aziendale |
|---------|------|---------------------|-----------------|----------------|------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

| cognome | nome | luogo di nascita | data di nascita | codice fiscale | matricola aziendale |
|---------|------|------------------|-----------------|----------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CHIEDE che il rimborso complessivo richiesto di € _____
(in lettere _____),
come risultante dai prospetti individuali allegati, avvenga a mezzo di
accredito sul conto corrente individuato dal seguente codice IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ALLEGA alla presente istanza:

1. copia del documento di identità _____,
numero _____ rilasciato da _____
il _____ con scadenza _____;
2. copia della attestazione di partecipazione alle attività di protezione
civile (*per ciascun dipendente - volontario per cui si richiede il
rimborso*);
3. documento unico di regolarità contributiva (D.U.R.C.).

DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.
Lgs.vo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il
quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, lì _____

(firma del legale rappresentante)

PROSPETTO INDIVIDUALE DEL COSTO A CARICO DEL DATORE DI LAVORO PER L'ASSENZA
DEL DIPENDENTE _____

NUMERO DI MATRICOLA AZIENDALE _____ DAL _____ AL _____

a seguito dell'impiego ai sensi dell'art. 18 comma 3, lett. c) della Legge
24 febbraio 1992 n. 225, nonché dell'art. 9, comma 1, del D.P.R. 8 febbraio
2001 n. 194.

Retribuzione

| | |
|---|----------------|
| Stipendio lordo giorni n. _____ (*) | € _____ |
| Rateo 13ma (gg/365) di ore n. _____ | € _____ |
| Rateo 14ma (gg/365) di ore n. _____ | € _____ |
| Rateo altre mensilità aggiuntive (gg/365) di ore n. _____ | € _____ |
| Rateo permessi retribuiti (gg/365) di ore n. _____ | € _____ |
| Rateo ferie (gg/365) di ore n. _____ | € _____ |
| Rateo ex festività (gg/365) di ore n. _____ | € _____ |
| Rateo ex festività 4/11 (gg/365) di ore n. _____ | € _____ |
| Totale costo retribuzioni | € _____ |

Contributi

| | |
|--------------------------------|----------------|
| I.N.P.S. (_____, ___%) | € _____ |
| I.N.A.I.L. (_____, ___%) | € _____ |
| ALTRI ENTI (_____, ___%) | € _____ |
| T.F.R. | € _____ |
| Totale costo contributi | € _____ |

TOTALE COSTO COMPLESSIVO € _____

_____, lì _____

(firma del legale rappresentante)

(*) I giorni da considerare ai fini del calcolo sono quelli di effettiva assenza dal posto di lavoro, escludendo, quindi, i giorni festivi ed il sabato qualora la retribuzione del dipendente non sia calcolata su base mensile ovvero tali giorni non siano lavorativi per i medesimi dipendenti per effetto di turnazioni o altre disposizioni contrattuali.

Note

- l'istanza di rimborso dovrà essere inviata al recapito indicato dagli Enti Attivatori;
- tutta la modulistica deve essere compilata in modo leggibile e redatta su carta intestata del datore di lavoro.