



Unione Europea



Allegato 3B

“Modello liquidazione saldo e dichiarazioni sostitutive ex art. 14”

**REGIONE CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE
“PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E TURISMO”**

FSE POR CAMPANIA 2014-2020

**AVVISO PUBBLICO
“INCENTIVI PER L’ASSUNZIONE
DI LAVORATORI SVANTAGGIATI IN CAMPANIA – ANNUALITA’ 2016”**

**RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE
E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE EX ARTT. 46 - 47 DPR 445/2000**

Il sottoscritto	COGNOME	NOME
nato a	COMUNE /STATO ESTERO	PROVINCIA/ESTERO
il	DATA DI NASCITA	
residente in	COMUNE	PROVINCIA
via	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO
codice fiscale	CODICE FISCALE	
tel. cellulare	NUMERO TELEFONO CELLULARE	

in qualità di titolare/legale rappresentante dell’impresa

ragione sociale	RAGIONE SOCIALE	FORMA GIURIDICA
sede legale	COMUNE /STATO ESTERO	PROVINCIA/ESTERO
	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO
	CAP	
partita iva/CF	PARTITA IVA	CODICE FISCALE
codice ATECO	CODICE ATECO	
recapiti telefonici	TELEFONO	TELEFONO

in relazione alla domanda di incentivo presentata in data __/__/__, codice pratica 0000 ____, ammessa alla fruizione del beneficio con DD __ del __/__/__, consapevole delle sanzioni penali

previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e s.m.i., nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R.;

in ottemperanza alle prescrizioni di cui all'art. 14 dell'Avviso stesso

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

in relazione al lavoratore assunto **nel periodo 1 gennaio 2016 - 31 dicembre 2016**, per il quale è stato ammesso il beneficio:

COGNOME	NOME
PROVINCIA DI NASCITA/ESTERO	COMUNE DI NASCITA/STATO ESTERO
CODICE FISCALE	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA DI RESIDENZA
DATA DI ASSUNZIONE	SEDE DI ASSUNZIONE
CCNL APPLICATO	
QUALIFICA	LIVELLO
<input type="checkbox"/> lavoratore assunto a tempo parziale (indicare percentuale della prestazione lavorativa)	
<input type="checkbox"/> lavoratore "svantaggiato" <input type="checkbox"/> lavoratore "molto svantaggiato" <input type="checkbox"/> lavoratore "con disabilità"	
di aver mantenuto il posto di lavoro per il quale è stato richiesto il beneficio fino alla data del ___/___/___ (12/24 mesi dalla data di assunzione);	
di aver mantenimento il livello occupazionale (espresso in ULA) dei dipendenti a tempo indeterminato raggiunto mediante l'assunzione del lavoratore incentivato, alla data di termine del periodo agevolato del ___/___/___ (12/24 mesi dalla data di assunzione);	
di avere in totale erogato, in relazione alla retribuzione, alle trattenute fiscali, ai contributi obbligatori e assistenziali, nel periodo dalla data di assunzione del ___/___/___ alla data di termine del periodo agevolato ___/___/___ (12/24 mesi dalla data di assunzione) le seguenti somme:	
causale	importo €

Retribuzione lorda, come determinata ex art. 7 comma 5 dell'avviso	
Altre voci retributive	
Trattenute fiscali	
Trattenute previdenziali	
Retribuzione netta	
Contributi previdenziali quota carico dipendente (INPS/altri istituti) effettivamente versati	
Contributi previdenziali carico azienda (INPS/altri istituti) effettivamente versati	

Ai fini della verifica del rispetto dell'art. 9 "Regole di cumulo", si dichiarano i seguenti benefici richiesti/ammessi in relazione alle medesime assunzioni:

esonero contributivo per le nuove assunzioni con contratto di lavoro a tempo indeterminato ex art. 1, commi 178 e seguenti, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

altri (specificare)

ALLEGA

la prescritta documentazione, **accompagnata da dichiarazione di conformità all'originale, ex artt. 19, 19 bis e 47 del Dpr 28 dicembre 2000, n. 445:**

- copie dei LUL relativi alle retribuzioni dei 12/24 mesi successivi alla data di assunzione, debitamente quietanzati;
- copie dei Modelli DM10 relativi alle medesime mensilità.

RICHIEDE

la liquidazione dell'eventuale saldo del contributo mediante bonifico bancario sul conto corrente bancario aziendale presso la banca _____, IBAN _____.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

DICHIARA

che i fatti, stati e qualità riportati nella presente domanda corrispondono a verità.

Note (eventuali chiarimenti e precisazioni)

Data _____

Firma _____

Dovrà essere allegata alla presente, a pena di inammissibilità, fotocopia del documento d'identità del dichiarante, in corso di validità.