

**Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia**

**Direzione Centrale Lavoro, Formazione, Istruzione, Pari  
Opportunità, Politiche Giovanili, Ricerca e Università**

**Area Agenzia regionale per il lavoro**

Servizio interventi per i lavoratori e le imprese

**Pec: lavoro@certregione.fvg.it**

**FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ DI CUI  
ALL'ARTICOLO 39 DELLA LEGGE REGIONALE 18/2005  
D.P.Reg 186/2016  
EROGAZIONE CONTRIBUTO**

**Domanda Prot. n. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà**  
(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**IL SOTTOSCRITTO**

**DATI PERSONALI DEL DATORE DI LAVORO O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Nato a (Comune Cap Provincia)	
In data (GG/MM/AAAA)	___/___/_____

**IN QUALITA' DI TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE**

**DATI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO**

Denominazione o Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita Iva	
Sede Legale: Via/Piazza n.	
Comune Cap Provincia	
Telefono o Cellulare	
e-mail	
<b>PEC –</b>	

**DICHIARA**

Che, per la richiesta di contributo presentata in oggetto, per il seguente lavoratore:

Cognome e nome:	C.F.:
Data di assunzione/stabilizzazione:	
Data cessazione prevista: <i>*se anticipata indicare la MOTIVAZIONE</i>	

Per gli incentivi di cui all'art. 6 del D.P.Reg. 186/2016

- nel periodo previsto dall'intervento (ovvero minimo 12 mesi decorrenti dalla data di assunzione a tempo indeterminato o determinato del lavoratore) il costo salariale lordo effettivamente sostenuto è di € \_\_\_\_\_ (come da idonea documentazione giustificativa ivi allegata - copia buste paga e prospetto riepilogativo del costo salariale lordo);

Per gli incentivi di cui all'art. 7 del D.P.Reg. 186/2016

- il contratto con il lavoratore per cui è stato richiesto il contributo è ancora in essere oppure si è concluso per le motivazioni sopra citate;

Per gli incentivi di cui agli artt. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 del D.P.Reg. 186/2016

- le spese effettivamente sostenute e riconducibili all'intervento autorizzato sono pari a € \_\_\_\_\_ come da idonea documentazione giustificativa ivi allegata e prevista dal D.P.Reg. 186/2016 e dall'Allegato n. 2 sottoscritto unitamente all'istanza di contributo (allegato disponibile sul sito internet dell'Amministrazione regionale alla voce "modulistica");

Per gli incentivi di cui all'art. 16 del D.P.Reg. 186/2016

- nel periodo previsto dall'intervento le spese effettivamente sostenute per l'indennità di partecipazione erogata al tirocinante sono pari ad € \_\_\_\_\_ (come da idonea documentazione giustificativa ivi allegata - copia buste paga);

Per gli incentivi di cui all'art. 17 del D.P.Reg. 186/2016

- le spese effettivamente sostenute e riconducibili all'intervento autorizzato sono pari a € \_\_\_\_\_ come da idonea documentazione giustificativa ivi allegata e dettagliata secondo le singole voci relative ai costi ammissibili di cui all'art. 17, comma 5;

#### **Dichiara altresì:**

- che l'Azienda/cooperativa/organizzazione non versa in condizioni di difficoltà, in particolare:
  - che non soddisfa le condizioni previste dal diritto nazionale per l'apertura nei propri confronti di una procedura concorsuale per insolvenza;
  - che non è destinataria di ordini di recupero pendenti di aiuti di Stato, in esecuzione di una decisione della Commissione che dichiara l'aiuto illegale e incompatibile con il mercato comune, oppure che è destinataria di aiuti che successivamente sono stati rimborsati o depositati in un conto bloccato - come da "Dichiarazione clausola Deggendorf", ivi allegata;





**Oggetto: Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art.47 del decreto del Presidente della Repubblica 2 dicembre 2000, n. 445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_ )  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)  
in qualità di (*barrare la casella che interessa*)

titolare dell'impresa individuale

denominazione \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)  
partita IVA/codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

rappresentante legale della Società/Ente

denominazione \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)  
partita IVA/codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

al fine di usufruire dell'agevolazione, qualificabile come aiuto di Stato ai sensi dell'art.107 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, prevista dal Regolamento recante criteri e modalità per la concessione di incentivi all'assunzione di soggetti disabili di cui all'articolo 13 della legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili), in attuazione dell'articolo 36, comma 3 bis, lettera g), della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 (Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro), di cui al DPR 053/Pres. del 23 marzo 2016;

**DICHIARA**

- che l'impresa di cui è titolare/che rappresenta, non è destinataria di un'ingiunzione di recupero pendente per effetto di una decisione della Commissione europea che abbia dichiarato determinati aiuti illegali e incompatibili
- che l'impresa di cui è titolare/che rappresenta, pur essendo destinataria di un'ingiunzione di recupero
  - ha rimborsato l'intero importo oggetto dell'ingiunzione di recupero
  - ha depositato il medesimo importo in un conto corrente bloccato

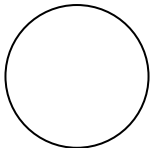
### **SI IMPEGNA**

a ripresentare la presente dichiarazione qualora intervengano variazioni rispetto quanto dichiarato con la presente dichiarazione in occasione di ogni successiva erogazione.

#### **Allegati** (*barrare la casella che interessa*)

- fotocopia del documento d'identità valido
- copia dell'F24 o del deposito presso la banca (ove necessario)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

 <i>timbro dell'impresa</i>	Luogo _____ Data _____
_____ <i>firma del legale rappresentante dell'impresa</i>	

**NOTA:** Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e spedita all'indirizzo di posta elettronica certificata (lavoro@certregione.fvg.it) insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante ovvero sottoscritta digitalmente e inoltrata via pec al medesimo indirizzo di posta elettronica certificata.