

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' SUI COSTI SALARIALI DERIVANTI
DALL'ASSUNZIONE DI LAVORATORI CON DISABILITÀ QUALI INDIVIDUATI DALL'ARTICOLO 4, COMMA 1,
DELLA LEGGE 381/1991 E DALL'ARTICOLO 2, PARAGRAFO 1, PUNTO 3), DEL REGOLAMENTO (UE) n.
651/2014**

Regime d'aiuto applicabile: articolo 33 del regolamento (UE) n. 651/2014

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ e residente a _____

in _____

in qualità di legale rappresentante della cooperativa sociale _____

con sede a _____ in _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

beneficiaria del contributo concesso con decreto n. _____ del _____

avvalendosi delle facoltà concesse dall'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000;

consapevole che, ai sensi dell'articolo 75 del D.P.R. n. 445/2000, qualora emerga la non veridicità di quanto testé dichiarato, la predetta cooperativa decade dal beneficio eventualmente conseguente al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere;

consapevole che, come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;

sotto la propria responsabilità, ai fini della determinazione delle spese ammesse al contributo di cui all'articolo 14 della legge regionale 20/2006, per le iniziative di cui al regolamento emanato con DPRReg. 0198/Pres. del 30 agosto 2017 e ss.mm.ii., di seguito per brevità Regolamento regionale;

DICHIARA

che i costi salariali¹ derivanti dall'occupazione di persone con disabilità, quali individuate dall'articolo 4, comma 1, della Legge 381/1991 e dall'articolo 2, paragrafo 1, punto 3), del regolamento (UE) n. 651/2014, assunte anche in esercizi precedenti e occupate senza soluzione di continuità, sono riportati nella **scheda di riepilogo** che segue e sono analiticamente esposti nelle schede relative a ciascuna di esse e per le quali il sopra citato contributo è stato concesso.

¹ Relativi all'anno della presentazione della domanda di contributo.

Lavoratore con disabilità (sigla cognome e nome) _____

Mese e anno ³	Lordo in busta paga ⁴	INPS		INAIL	
		Imponibile INPS	Oneri sociali INPS	Imponibile INAIL	Oneri sociali INAIL
Gen -					
Feb -					
Mar -					
Apr -					
Mag -					
Giu -					
Lug -					
Ago -					
Set -					
Ott -					
Nov -					
Dic -					
Tredicesima					
Totale					

Totale lordo		Tali voci vanno riportate nella scheda-riepilogo
Totale oneri		
Totale complessivo		

NB: nel caso di più lavoratori con disabilità occupati, presentare ulteriori schede analitiche compilate per ciascuno di essi.

² Importi della busta paga che rappresentano un costo effettivo per la cooperativa (per es. retribuzione base e accessoria, quota parte malattia, ferie non godute, quota parte TFR, assicurazioni integrative su base volontaria, ecc.).

³ Inserire l'anno di presentazione della domanda di contributo.

⁴ Importi della busta paga che rappresentano un costo effettivo per la cooperativa (per es. retribuzione base e accessoria, quota parte malattia, ferie non godute, quota parte TFR, assicurazioni integrative su base volontaria, ecc.).

Facciate totali compilate (esclusa la presente): n. _____ -