**NB:** **ALLEGARE UN MODELLO LAVORATORE PER OGNI LAVORATORE ASSUNTO / DA ASSUMERE**

**DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO – PARTE 2**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di titolare o rappresentante legale dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(in caso di presentazione della domanda in data successiva al verificarsi dell’evento)**

**DICHIARA**

Di avere assunto con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi:

**CON ORARIO:**

|  |  |
| --- | --- |
| * **FULL TIME**
 | * **PART TIME** con un orario pari al \_\_\_\_\_\_\_\_\_% ( non inferiore al 70%) di quello previsto dal contratto collettivo per il tempo pieno (pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore su complessive \_\_\_\_\_\_ ore settimanali)
 |
| eventuali modifiche di orario in corso di rapporto a tempo indeterminato dovranno essere comunicate dal datore di lavoro |

|  |
| --- |
| **PRESSO LA SEDE/UNITÀ LOCALE** |
| **\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| *CAP* | *Comune sede/unità locale* | *Indirizzo sede/unità locale* |
|  |  |  |
| **IL SOTTOINDICATO LAVORATORE** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| *Nome*  | *Cognome* |
|  |  |
| *Codice fiscale* |  |

**(in caso di presentazione della domanda in data antecedente al verificarsi dell’evento)**

**SI IMPEGNA**

a stipulare, nel termine perentorio di 90 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione della concessione dell’incentivo, il contratto di lavoro subordinato a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi di cui al Capo III del D.Lgs. 81/2015:

**CON ORARIO:**

|  |  |
| --- | --- |
| * **FULL TIME**
 | * **PART TIME** con un orario pari al \_\_\_\_\_\_\_\_\_% ( non inferiore al 70%) di quello previsto dal contratto collettivo per il tempo pieno (pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore su complessive \_\_\_\_\_\_ ore settimanali)
 |
| **eventuali modifiche di orario in corso di rapporto a tempo indeterminato dovranno essere comunicate dal datore di lavoro** |

|  |
| --- |
| **PRESSO LA SEDE/UNITÀ LOCALE** |
| **\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| *CAP* | *Comune sede/unità locale* | *Indirizzo sede/unità locale* |
|  |  |  |
| **IL SOTTOINDICATO LAVORATORE** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| *Nome*  | *Cognome* |
|  |  |
| *Codice fiscale* |  |

**SI IMPEGNA ALTRESI’**

1. a restituire l’incentivo ricevuto nella misura prevista qualora, entro i sei mesi dall’assunzione, si verifichi la cessazione a qualunque titolo del rapporto di lavoro;
2. a rendere noto al lavoratore che la sua assunzione è stata incentivata dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE/ TITOLARE DITTA INDIVIDUALE/ LIBERO PROFESSIONISTA**

(da sottoscrivere con firma autografa o digitale)