



**PIANO PROVINCIALE PER IL SOSTEGNO E L'INSERIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE DISABILI**  
**ANNO**

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PER INCENTIVI AL DATORE DI LAVORO**

Alla Provincia di Cremona

Il sottoscritto,

COGNOME <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>	NOME <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>
NATO A <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>	IL <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> CODICE FISCALE <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span>

in qualità di ☐ rappresentante legale / ☐ *soggetto con potere di firma* della ditta/società seguente:

RAGIONE SOCIALE <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 550px; height: 15px;"></span>	CODICE FISCALE <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span>
---	--

**Sede**

INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

TELEFONO - FAX

in riferimento al rapporto di lavoro di:

COGNOME <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>	NOME <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>
NATO A <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>	IL <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> CODICE FISCALE <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span>
DATA DI ASSUNZIONE <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	TIPO RAPPORTO <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span>
	TIPO TEMPO <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> SE IL RAPPORTO E' DETERMINATO, CON SCADENZA IL <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>

titolare del PIP/DOPE n.  di cui all'avviso (scegliere dall'elenco):

**CHIEDO**

il riconoscimento dell'importo sotto riportato come di seguito specificato:

Incentivo all'assunzione	Importo richiesto
<i>DOPE LAVORO - INSERIMENTO LAVORATIVO (invalidità fino al 79%)</i> <input type="checkbox"/> Incentivo per assunzione di almeno 12 mesi (euro 1.000,00)	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>
<i>DOPE LAVORO - INSERIMENTO LAVORATIVO (disabili deboli oltre il 79%)</i> <input type="checkbox"/> Incentivo per assunzione da 6 a 12 mesi (euro 1.000,00) <input type="checkbox"/> Incentivo per assunzione di almeno 12 mesi (euro 2.000,00)	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>
<b>Totale importo richiesto</b>	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>

Tale importo dovrà essere accreditato sul seguente c/c:

BANCA <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>	AGENZIA <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>
CODICE IBAN <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>	INTESTATO A <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></span>

Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

#### DICHIARO

- che il rapporto di lavoro di cui alla presente domanda ha superato il periodo di prova previsto dal CCNL applicato;
- che i contributi richiesti rientrano nei limiti della vigente normativa in materia di aiuti di Stato (Reg. CE 800/08);
- di essere ottemperante agli obblighi previsti dalla L.68/99.

#### ALLEGRO

- documento unico di regolarità contributiva (DURC) in corso di validità o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi degli art. 47 e 76 D.P.R. n. 445/2000, nella quale l'operatore dichiara di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi ai sensi di quanto disposto dalla circolare INPS n. 122 del 30.12.2005;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio al fine dell'applicazione della ritenuta d'acconto del 4% e relativa agli aiuti di stato "De minimis";

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(il datore di lavoro)<sup>1</sup>

Consapevole della facoltà della Provincia di rivalersi sulle parti interessate in caso di irregolarità, sottoscrivo la presente domanda di liquidazione per accettazione, dichiarando che la presente domanda di liquidazione è stata formulata nel rispetto delle modalità previste nell'Avviso e nel Manuale Operatore e in conformità a quanto previsto nel PIP.

\_\_\_\_\_  
(l'operatore)<sup>1</sup>

Allegati n. \_\_\_\_\_:

- ☐ procura del potere di firma<sup>2</sup>;
- ☐ copia della carta d'identità del soggetto firmatario per il datore di lavoro (in assenza di firma con CRS/digitale);
- ☐ altro: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le modalità di firma e di invio sono descritte nel manuale operatore.

<sup>2</sup> Per l'operatore: in caso di procura del potere di firma non ancora comunicata alla Provincia, allegare la scansione in PDF della procura completa di carta d'identità del rappresentante legale o allegare il file PDF della procura con firma CRS o digitale del rappresentante legale. Tale documentazione sarà ritenuta utile per l'inoltro di tutte le altre istanze. E' da aggiornare in caso di firma da parte di altro procuratore.