Intestazione Azienda **2002**

Spett.le
Provincia di Milano
Servizio per l'occupazione dei Disabili
Ufficio Agevolazioni
Via Jenner, 24/A
20159 Milano

Autocertificazione ai fini dell'ammissione agli incentivi di cui alla L. 12 marzo 1999,n.68

(art. 7 Decreto interministeriale 13 gennaio 2000, n.91).

Il sottoscritto. . . . . in qualità di **legale rappresentante**

della Società. . . . . ..

Codice fiscale

con sede in. . . . . Via . . . . . .n. . . . . .

Partita **IVA**

Posizione **INPS**

Posizione **INAIL**

Codice **ATECO** C.C.N.L. Settore . . . . . .

al fine dell'ammissione alle agevolazioni, per l'anno 2002, previste dalla L.68/99 dichiara che a seguito

☐ della presentazione, in data . . . . . ., del programma di inserimento attraverso il sistema convenzionale di cui all'art. 11 della L. 68/99, la cui convenzione è stata stipulata in data . . . . .prot. n.. . . . . ;

☐ della convezione stipulata si sensi della delibera della C.R.I. n . . . . . del . . . . . .
che continua ad esplicare la propria efficacia ai sensi dei punti 2 e 3 della delibera C.R.P.L. n. 12 del 19/06/2000 nei termini indicati all'art.13, comma 1, del D.P.R. n. 333/2000;

si è proceduto all'assunzione del personale di cui sotto, come meglio specificato nella/e pagina/e seguenti:

1. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)
2. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)
3. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)
4. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)
5. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)
6. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)
7. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)
8. Sig. . . . . (pag. n. . . . .)

. . . . . .

. . . . . .

segue

Società-. . . . . .
Seguito autocertificazione finalizzata all'ammissione agli incentivi di cui all'art.13 L. 68/99 **Pagina nr** . . . . .

Dati lavoratore:

. . . . . .
cognome) (nome) (luogo e data di nascita)

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | Sede INPS lav. . . . . .

Dati relativi all'assunzione:

Nulla Osta n. ……..… del …….

Data di assunzione ……

Eventuale data di **cessazione** …….

Inquadramento nel livello …….

CCNL di riferimento ……

Tipologia di avviamento:

☐ a tempo indeterminato
- □ pieno
- □ parziale
  specificare tipo di p.t.: …….
  n. ore settimanali . . . . . .

☐ a tempo determinato
- □ pieno . . . . . mesi . . . . . .
- □ parziale . . . . . mesi . . . . . .

(Barrare le caselle corrispondenti alle caratteristiche dell'assunzione)

1. Invalidità superiore al 79% (specificare percentuale)	. . . . .%
2. Invalidità compresa tra il 67% ed il 79% (specificare percentuale)	. . . . .%
3. Particolari difficoltà di inserimento	
4. Patologia di natura intellettiva e/o psichica	
5. Inserimento lavorativo stabile	
6. Percorso formativo con innovazioni tecnologiche compensative	
7. Programma di inserimento con modalità e tempi innovativi di lavoro	
8. Inserimento lavorativo di donne disabili	
9. Rimozione di barriere architettoniche	
10. Adattamento ergonomico della postazione (anche in telelavoro)	
11. Sostegno alla formazione e tutoraggio	

Altre agevolazioni di cui già l'Azienda usufruisce per medesimo lavoratore □ Apprendisti □ C.F.L □ mobilità (223/91) □ disoc.lunga durata (407/90) □ altro: ……

Per la suddetta assunzione si richiede l'ammissione all'agevolazione come sotto specificato per il corrispondente controvalore economico a fianco dichiarato:

Agevolazione ai sensi art.13 L.68/99, commi 1, lettere **a**), **b**)	Controvalore economico per l'anno **2002** (al netto di eventuali altre agevolazioni contributive) I.N.P.S.	I.N.A.I.L.	**TOTALE**
Fiscalizzazione totale dei contributi assistenziali e previdenziali **a carico dell'Azienda**	€	€	= €
Fiscalizzazione del 50% dei contributi assistenziali e previdenziali **a carico dell'Azienda**	€	€	= €
	(indicare **importo già rapportato al 50%)**		
Tirocini finalizzati all'assunzione (rimborso oneri assicurazione INAIL e responsabilità civile)	€	€	= €

Agevolazione ai sensi art. 13 L.68/99, comma. 1, lettera **c**)	**Spesa sostenuta nell'anno 2002 (da documentare)** (indicare importo al netto di I.V.A.)
Rimborso forfettario parziale delle spese necessarie alla trasformazione del posto di lavoro per disabile con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% o per l'apprestamento di tecnologie di telelavoro ovvero per la rimozione delle barriere architettoniche in conseguenza di assunzioni effettuate.	€

Si dichiara di non aver richiesto e di non aver diritto a nessun altro rimborso per quote sopra riportate.

Il sottoscritto rilascia la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

. . . . . .
(luogo, data)

Timbro e firma del legale rappresentante