

(intestazione Azienda)

Provincia di Milano

Area sistema produttivo lavoro e Welfare

Settore lavoro - **Servizio occupazione Disabili****Ufficio Agevolazioni, stanza 207**

Viale Jenner, 24

20159 **Milano****Dichiarazione del controvalore economico dell'incentivo all'assunzione richiesto ai sensi dell'art. 13 della Legge 68/99, sostituito dall'art. 1, comma 37, lett. c) della legge 24 dicembre 2007, n.247**

Il sottoscritto _____ in qualità di rappresentante	
della Società _____	
COD. FISCALE	_____
Partita IVA	_____
Pos. INPS	_____ sede di _____
Pos. INAIL	_____ sede di _____
con sede legale in _____ cap _____	
Via _____	
⇒ Codice ATECO	Settore Attività' _____ CCNL applicato: _____
⇒ Azienda soggetta all'obbligo di assunzione di persone con disabilità ai sensi della legge 68/99: si <input type="checkbox"/> nr.: _____ } dipendenti sul territorio provinciale no <input type="checkbox"/>	
in riferimento all'assunzione in ottemperanza a convenzione stipulata ai sensi dell'art. della legge 68/99	
• convenzione nr.: _____ del _____ per il periodo dal _____ al _____	
⇒ di _____	_____
	cognome _____ nome _____ luogo e data di nascita _____
Codice fiscale _____	
⇒ grado disabilità: _____ %	handicap intellettuale e psichico: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
⇒ data ASSUNZIONE a tempo INDETERMINATO	... / ... / ... <input type="checkbox"/> tempo pieno
oppure data TRASFORMAZIONE a tempo INDETERMINATO	... / ... / ... <input type="checkbox"/> tempo parziale nr. ore settimanali _____
data assunzione originaria a tempo determinato/apprendistato	... / ... / ... Nulla Osta del _____
⇒ il contratto prevede: <input type="checkbox"/> un periodo di prova della durata di _____ Mesi <input type="checkbox"/> No periodo prova	
⇒ <input type="checkbox"/> il rapporto di lavoro è cessato il _____ <input type="checkbox"/> è tuttora dipendente di questa azienda	
MOTIVO della cessazione: _____	
⇒ Altre agevolazioni di cui già l'Azienda usufruisce per la medesima assunzione:	
<input type="checkbox"/> disoc.lunga durata (407/90)	<input type="checkbox"/> mobilità (223/91) } sino al _____
<input type="checkbox"/> altro: _____	
⇒ a seguito della richiesta dell'incentivo/i sotto indicata/i per la suddetta assunzione presentata in data _____, DICHIARA, con la presente, il costo effettivo sostenuto nel periodo decorrente dalla data di assunzione/trasformazione a tempo indeterminato sino alla scadenza dei 12 mesi :	
<input type="checkbox"/>	Contributo all'assunzione da calcolarsi sul COSTO SALARIALE , nella misura non superiore al: _____
<input type="checkbox"/>	60% handicap intellettuale o psichico indipendentemente dalla percentuale di invalidità
<input type="checkbox"/>	60% Invalidità compresa tra l'80 e il 100% , o minorazioni ascritte dalla I ^a alla 3 ^a categoria di cui alle tabelle annesse al T.U. in materia di pensioni di guerra approvato con DPR 23/12/1978, n. 915 e succ. modificazioni
<input type="checkbox"/>	25% Invalidità compresa tra il 67% ed il 79% , o minorazioni ascritte dalla 4 ^a alla 6 ^a categoria di cui alle tabelle annesse al T.U. in materia di pensioni di guerra approvato con DPR 23/12/1978, n. 915 e succ. modificazioni.
<input type="checkbox"/>	Rimborso forfettario parziale per inserimento disabile con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% Spesa sostenuta (al netto di I.V.A.)
<input type="checkbox"/>	Spese necessarie alla trasformazione del posto di lavoro per renderlo adeguato alle possibilità operative dei disabili €
<input type="checkbox"/>	Spese per l'apprestamento di tecnologie di telelavoro €
<input type="checkbox"/>	Spese per la rimozione delle barriere architettoniche €

Allegare relazione da cui si desuma l'utilità dell'intervento, la rendicontazione delle spese con allegate copie conformi delle fatture.

La dichiarazione deve essere sottoscritta alla pag. 2

compilare tabella
COSTO SALARIALE
inserita in pag. 2

