

Costo salariale effettivo decorrente dal 13° mese d alla data di assunzione/trasformazione a tempo indeterminato alla scadenza dei 24° mese (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** nr.: _____ } dipendenti sul territorio provinciale **no**

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 _____ di _____ di _____

Cognome _____ nome _____ luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

⇒ grado disabilità: _____ % handicap intellettuale e psichico: **si** **no**

⇒ data **ASSUNZIONE** a tempo **INDETERMINATO** ... / ... / ...

oppure data **TRASFORMAZIONE** a tempo **INDETERMINATO** ... / ... / ...

data assunzione originaria a tempo **determinato/apprendistato** ... / ... / ...

⇒ il contratto prevede: un periodo di prova della durata di Mesi No periodo prova

⇒ il rapporto di lavoro è **cessato** il _____ è tuttora dipendente di questa azienda

MOTIVO della cessazione: _____

⇒ **Altre agevolazioni** di cui già l'Azienda usufruisce per la **medesima assunzione**:

disoc.lunga durata (407/90) mobilità (223/91) } sino al

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 **dal 13°** mese sino **al 24°** mese compreso del rapporto di lavoro a tempo indeterminato:

Contributo all'assunzione da calcolarsi sul **COSTO SALARIALE, nella misura non superiore al:**

60% handicap intellettuale o psichico indipendentemente dalla percentuale di invalidità

60% Invalidità **compresa tra l'80 e il 100%**, o minorazioni ascritte dalla 1^ alla 3^ 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

25% Invalidità **compresa tra il 67% ed il 79%**, o minorazioni ascritte dalla 4^ alla 6^ 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.

Rimborso forfettario parziale per inserimento disabile con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% **Spesa sostenuta** (al netto di I.V.A.)

Spese necessarie alla trasformazione del posto di lavoro per renderlo adeguato alle possibilità operative dei disabili €

Spese per l'apprestamento di tecnologie di telelavoro €

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

