

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 delle agevolazioni richieste ai sensi dell'art. 13 della Legge 12 marzo 1999, n. 68.

Il sottoscritto _____ in qualità di rappresentante
della Società _____

COD. FISCALE _____
Partita IVA _____
Pos. INPS _____ sede di _____
Pos. INAIL _____ sede di _____

con sede legale in _____
Via _____ cap _____

Settore attività _____ **CCNL** _____
in riferimento **all'assunzione** del Sig./ra _____
⇒ _____
cognome _____ nome _____ luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

⇒ **grado disabilità:** _____ (indicare se trattasi di patologia di natura intellettuale/psichica)

effettuata in ottemperanza alla **convezione** nr. _____ del _____ per il periodo dal _____ al _____

⇒ **data ASSUNZIONE:** _____ a tempo indeterminato tempo pieno
Nulla Osta del _____ a tempo determinato tempo parziale
Comunicazione di assunzione del _____ mesi: nr. ore settimanali:

⇒ data eventuale **Proroga** rapporto a tempo determinato _____

⇒ Data **modifica** da tempo determinato a **indeterminato** _____

⇒ eventuale data di **Cessazione** rapp. lavoro: _____

⇒ **Altre agevolazioni** di cui già l'Azienda usufruisce per medesimo lavorator
 Apprendisti Contratto Inserimento _____ data scadenza _____
 disoc.lunga durata (407/90) mobilità (223/91) _____
 altro: _____ ⇒ _____

⇒ a seguito della richiesta di agevolazione per la suddetta assunzione avanzata in data _____, **dichiara che il controvalore economico, al netto di eventuali agevolazioni o fiscalizzazioni contributive delle quali il datore di lavoro già usufruisce, corrisponde, per l'anno 2010, a quanto di seguito specificato:**

<input type="checkbox"/> Agevolazione ai sensi art.13 L.68/99, commi 1, lettere a), b) Fiscalizzazione dei contributi assistenziali e previdenziali a carico dell'Azienda come DICHIARATO in tabella inserita in pagina 2			
<input type="checkbox"/> Agevolazione ai sensi art. 13 L.68/99, comma. 1, lettera c) Tirocini finalizzati all'assunzione: (Rimborso oneri assicurazione INAIL e responsabilità civile)	Ass. infortuni €	Ass. R.C. €	TOTALE €
Allegare copia conforme di polizze e quietanze versamenti			
<input type="checkbox"/> Rimborso forfettario parziale per inserimento disabile assunto nel 2007	Spesa sostenuta (al netto di I.V.A.)		
<input type="checkbox"/> Spese necessarie alla trasformazione del posto di lavoro	€		
<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

della Società

assunzione di

assunzione del

Agevolazione ai sensi art.13 L.68/99, commi 1, lettere a), b)

Fiscalizzazione del

100%

50%

dei contributi assistenziali e previdenziali a carico dell'Azienda

I agev. art. 13 L. 68: =

Importo del Rimborso

che si richiede per anno

2010 entro il tetto max del

100% dei contributi

complessivamente carico

aziendale)**

A	B	C	D	E	F	G	H
2010	Retribuzione lorda Imponibile	totale contributi INPS * a carico azienda (o marca apprendista) aliqu.	Totale contributi INAIL a carico azienda aliqu.	totale contributi a carico Azienda (C + D) (C + D)	agevolazioni DIVERSE da art. 13 L.68/99 (in compensazione su DM10)%	totale contributi al netto di altre agevolazioni rimasti a carico Azienda (E - F)	Agevolazione art. 13 legge 68/99 calcolato su col. E
Gen							
Feb							
Mar							
Apr							
Mag							
Giu							
Lug							
Ago							
Set							
Ott							
Nov							
Dic							
Totale							

N.B.: *nel caso in cui i contributi obbligatori siano di competenza di Istituto Assicurativo diverso da quelli sopra esposti, si prega di specificarlo
*colonne F - G - I da compilare solo nel caso di cumulo agevolazioni: calcolo come da messaggio INPS nr. 33491 del 19/10/2004

Il sottoscritto dichiara: - di aver ottemperato agli obblighi di natura contributiva e assicurativa nei riguardi dei propri dipendenti.
- di aver ottemperato agli obblighi derivanti dall'applicazione della L. 626/94 e successive modificazioni e integrazioni
- di non aver richiesto e di non aver diritto a nessun altro rimborso, per il medesimo titolo, 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 28/12/2000.
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.

Timbro e firma (1)

Data _____

(1) la firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente **unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore**