



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

CALCOLO DELL'INCREMENTO OCCUPAZIONALE

Avviso "LAVORAS" – Target under 35 – Domanda di agevolazione per la concessione di contributi – POR FSE 2014/2020 – ASSE I Occupazione – azione 8.1.5.

[AVVERTENZA deve essere sottoscritta digitalmente da parte del legale rappresentante dell'impresa o da un procuratore del legale (in tal caso deve essere allegata la relativa procura in originale o copia conforme).
E' necessario allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del dichiarante (art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445)]

Il/La sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____ nato/a _____ Prov. (____) il ____/____/____
residente nel Comune di _____ Provincia _____
Via/Piazza _____ n° _____
nella qualità di¹ _____ dell'Impresa _____
se procuratore: numero e data procura _____
codice ATECO² _____
con sede legale nel Comune di _____ Provincia _____
Via/Piazza _____ n. _____
con codice fiscale numero _____ e con partita I.V.A. numero _____
telefono _____ e-mail _____
fax _____ PEC³ _____

Consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, il soggetto decadrà, automaticamente dall'ammissione al finanziamento ed il dichiarante incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci; inoltre, la falsa dichiarazione costituisce causa di esclusione per cinque anni dalla partecipazione a successivi bandi a finanziamento pubblico

DICHIARA

Che l'assunzione del lavoratore _____

Rappresenta, complessivamente, un aumento netto del numero dei dipendenti mediamente occupati nei 12 mesi precedenti alla data di assunzione (espressi in ULA)

¹ Specificare se legale rappresentante, procuratore speciale. Nel caso di sottoscrizione da parte del procuratore deve essere allegata la procura in originale o copia conforme e devono essere inseriti i dati relativi alla procura: numero procura e data della procura.

² Inserire oltre al codice anche la "descrizione" ed esempio: codice 55.10.00 - "Alberghi"

³ Campo obbligatorio - Indicare l'indirizzo di posta elettronica certificata comunicato al Registro delle imprese presso la CCIAA – Sarà utilizzato come recapito di riferimento per le comunicazioni inerenti l'avviso.

LAVORATORI COMPLESSIVAMENTE OCCUPATI DAL DATORE DI LAVORO (espressi in ULA)

- Media degli occupati nei 12 mesi precedenti la data di assunzione: _____
- Numero unità lavorative occupate alla data di assunzione del lavoratore per il quale si chiede il contributo (comprensivo della neo-assunzione): _____

Non rappresenta un aumento netto del numero di dipendenti mediamente occupati nei 12 mesi precedenti alla data di assunzione, in quanto il posto o i posti occupati sono resi vacanti in seguito a dimissioni volontarie di lavoratori, o per licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, invalidità, pensionamento, riduzione volontaria dell'orario di lavoro e non comunque in seguito a licenziamento per giustificato motivo oggettivo.

L'incremento occupazionale (differenza tra il valore in ULA, riferito ai 12 mesi precedenti l'assunzione, con il valore in ULA del giorno dell'assunzione, riferito ai 12 mesi successivi alla data di assunzione) sarà verificato al termine dei 12 mesi successivi all'assunzione.

A tal fine il sottoscritto

Dichiara

di impegnarsi a presentare al momento della richiesta di erogazione la dichiarazione per la verifica dell'incremento occupazionale (differenza tra il valore in ULA, riferito ai 12 mesi precedenti l'assunzione, con il valore in ULA del giorno dell'assunzione, riferito ai 12 mesi successivi alla data di assunzione) e di essere a conoscenza che in mancanza dell'incremento il contributo sarà revocato.

(Il titolare/legale rappresentante dell'impresa)

Firma digitale