



FORMULARIO RELATIVO ALLA RICHIESTA DI CONTRIBUTI PER ADATTAMENTO DEL POSTO DI LAVORO E DI INCENTIVI DA PARTE DEI DATORI DI LAVORO CHE HANNO ASSUNTO DISABILI NEL 2019 (DGR n. 184 del 22 febbraio 2019)

(Per assunzioni avvenute tra il 1 gennaio e il 5 marzo 2019, la richiesta di contributo deve essere presentata entro il 5 maggio 2019. Per assunzioni avvenute tra il 6 marzo 2019 e il 31 dicembre 2019, la richiesta di contributo deve essere presentata entro 60 giorni dalla data di assunzione o di trasformazione del contratto.)

Marca da bollo da € 16,00

L'apposizione della marca da bollo non è dovuta in caso di stipula di Convenzione d'Integrazione Lavorativa (L. 68/99 art. 11, c. 4) sottoscritta al fine di agevolare l'assunzione sotto riportata.

Alla Regione del Veneto
Direzione Lavoro
lavoro@pec.regione.veneto.it

Il datore di lavoro

Cognome Nome C.F. [grid]

- Titolare dell'
Rappresentante legale dell'
Delegato dall'

Azienda (ragione sociale) C.F. [grid], con sede legale in , C.A.P. in
(via, piazza ecc.) n.

Con sede di lavoro in

Indirizzo pec

DICHIARA

- di aver assunto, tra il 01.01.2019 ed il 31.12.2019, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato il seguente lavoratore:
di aver trasformato, tra il 01.01.2019 ed il 31.12.2019, da tempo determinato a tempo indeterminato il rapporto di lavoro col seguente lavoratore:
di aver assunto, tra il 01.01.2019 ed il 31.12.2019, con contratto di lavoro subordinato di almeno 12 mesi (in quanto lavoratore, con invalidità fisica, di età superiore a 63 anni e 7 mesi al momento dell'assunzione) il seguente lavoratore:
di aver assunto, tra il 01.01.2019 ed il 31.12.2019, con contratto di lavoro subordinato inferiore a 12 mesi (in quanto al termine del rapporto di lavoro il lavoratore accede immediatamente ai diritti pensionistici) il seguente lavoratore:

- l'aggravamento delle condizioni di salute, con invalidità superiore al 50%, del seguente lavoratore già in forza:

Cognome e nome Codice fiscale:

Titolo di studio

- di averlo inserito presso la sede operativa di (la sede operativa deve obbligatoriamente essere nella Regione del Veneto);
- codice identificativo della comunicazione telematica (UNILAV) con orario settimanale di ore
(l'orario settimanale non può essere inferiore a 21 ore);
- che il lavoratore assunto era iscritto alle liste del collocamento mirato del CPI di (deve trattarsi di un CPI operante nella Regione del Veneto);

Chiede:

(è possibile far richiesta sia dell'incentivo all'assunzione, sia del contributo all'adattamento del posto di lavoro)

- l'incentivo all'assunzione previsto con la DGR 184/2019.

a tal fine dichiara di essere

- datore di lavoro con almeno 15 dipendenti computabili ai sensi della legge 68/99 e che il disabile assunto aveva almeno 1 delle seguenti caratteristiche

bassa scolarità (solo il titolo di scuola dell'obbligo);

età superiore a 45 anni;

disabilità sensoriale.

- Datore di lavoro con meno di 15 dipendenti computabili ai sensi della Legge 68/99;

(Indicare obbligatoriamente una delle seguenti opzioni)

- L'incentivo all'assunzione viene erogato all'interno delle previsioni di cui al Reg UE 651/2014 quando vi è un incremento netto dell'occupazione ai sensi del Decreto del Ministero delle attività produttive del 18.04.2005;

- In alternativa, l'intervento sarà riconosciuto in applicazione del Reg UE 1407/2013 in regime de minimis;

- il contributo per l'adattamento del posto di lavoro, l'apprestamento di tecnologie di telelavoro e la rimozione di barriere architettoniche;

a tal fine dichiara

- di aver sostenuto la seguente spesa di euro pertinente con l'inserimento o il mantenimento lavorativo del disabile, a tal fine allega (il contributo non potrà superare il 95% della spesa sostenuta nel limite massimo di 20.000 euro):

allega

dell'incentivo e del contributo sono sottoposti a verifica della permanenza nel posto di lavoro decorsi 12 mesi dall'assunzione a tempo indeterminato.

FIRMA

Data _____

ALLEGA fotocopia del documento di identità in corso di validità;