

Allegato 10 "DICHIARAZIONE RELATIVA AGLI SGRAVI AI SENSI ART. 13 LEGGE 68/99"

Piano prov.le Disabili Provincia di Brescia DOTE IMPRESA COLLOCAMENTO MIRATO (ASSE I)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____ n. _____ C.A.P. _____

CF _____ Tel _____

nella qualità di (rappresentante legale/altro soggetto con potere di firma)

dell'impresa _____

CF _____

con sede legale in _____ via _____ n. _____

con sede operativa in _____ via _____ n. _____

in relazione all'assunzione del/lla sig./ra _____ c.f. _____

a tempo: indeterminato determinato part time full time

n° ore _____ avvenuta in data _____, se determinato con scadenza il _____.

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

**DICHIARO
(barrare una delle voci di seguito elencate)**

che è stata presentata istanza per fruire degli sgravi ai sensi dell'articolo 13 della legge 68/99 e che l'importo del costo salariale lordo al netto dello sgravio riconosciuto è pari ad euro _____

che è stata presentata istanza per fruire degli sgravi ai sensi dell'articolo 13 della legge 68/99 e di aver ricevuto dall'INPS comunicazione di esaurimento dei fondi (allegare copia comunicazione INPS);

che NON è stata presentata istanza per fruire degli sgravi ai sensi dell'articolo 13 della legge 68/99 in quanto la persona assunta non rientra nella casistica prevista dalla normativa,

Allego:

- eventuale copia comunicazione INPS,
- copia documento identità in corso di validità

LUOGO e DATA _____

(firma del legale rappresentante)