

**ALLEGATO 6/a "Dichiarazione costo salariale lordo"**

**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      full time      part 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 non vi sono variazioni del costo salariale lordo dichiarato in sede di presentazione della domanda di incentivo e che lo stesso è pari a euro \_\_\_\_\_;

che, a seguito di riconoscimento di sgravi ai sensi dell'articolo 13 della legge 68/99, il costo salariale lordo al netto dello sgravio riconosciuto è pari a euro \_\_\_\_\_;

che, a seguito di riconoscimento di altri contributi pubblici, il costo salariale lordo al netto dei contributi riconosciuti è pari a euro \_\_\_\_\_.

\* \* \*

**DICHIARO** altresì, che per il lavoratore sopra citato non è stata effettuata altra domanda di contributo nell'ambito dei bandi DOTE IMPRESA dal 2017 al 2021 (ad eccezione dei casi di trasformazione o di proroga del contratto).

Si allega:

- copia documento identità in corso di validità

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(firma del legale rappresentante)*