



**REGIONE CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE
“PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E TURISMO”**

POR CAMPANIA FSE 2007-2013

**AVVISO PUBBLICO
“INCENTIVI FISCALI PER L’ASSUNZIONE
DI LAVORATORI SVANTAGGIATI IN CAMPANIA – CREDITO D’IMPOSTA”**

PRIMA FINESTRA TEMPORALE

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE EX ARTT. 46 - 47 DPR 445/2000

l sottoscritt_ _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ (Prov. _____) in via _____, n. _____,
(codice fiscale _____), in qualità di titolare/legale rappresentante dell’impresa
avente la seguente denominazione o ragione sociale: _____
sede legale _____
Part. IVA _____, Codice fiscale _____
Codice Ateco _____
Tel. _____ cell. _____, pec _____

Avendo richiesto il beneficio del credito di imposta di cui all’avviso pubblico “Incentivi fiscali per l’assunzione di lavoratori svantaggiati in Campania – Credito d’imposta – Prima finestra temporale” per un contributo pari a complessivi € _____ per l’assunzione a tempo indeterminato, avvenuta **nel periodo 14 maggio 2011 – 1 giugno 2012**, di n. ____ lavoratori ricompresi nelle categorie di lavoratori svantaggiati e molto svantaggiati ai sensi dell’art. 5 del medesimo avviso (**codice ufficio domanda n.** _____); consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, e s.m.i., nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell’art. 75 del medesimo D.P.R.

in ottemperanza alle prescrizioni di cui all’art. 14 comma 7 dell’Avviso stesso

**DICHIARA
sotto la propria responsabilità**

in relazione al lavoratore assunto **nel periodo 14 maggio 2011 – 1 giugno 2012**, per il quale è stato richiesto il beneficio:

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Residenza e indirizzo	
Data di assunzione	
CCNL applicato, qualifica, livello	
<input type="checkbox"/> lavoratore assunto a tempo parziale (indicare percentuale della prestazione lavorativa)	
<input type="checkbox"/> lavoratore molto svantaggiato assunto beneficiando delle agevolazioni previste dalla L. 407/90 (sgravio contributivo del 100%)	
<input type="checkbox"/> lavoratore molto svantaggiato assunto beneficiando delle agevolazioni previste dalla L. 407/90 (sgravio contributivo del 50%)	
<input type="checkbox"/> lavoratore molto svantaggiato assunto senza avere richiesto le agevolazioni previste dalla L. 407/90; in merito si dichiara espressamente ad non avere avanzato e di impegnarsi a non avanzare richiesta di benefici ex art. 8 comma 9 L. 407/90	

- di aver mantenuto, alla data del __/__/__, il posto di lavoro per il quale è stato concesso il beneficio;
- di aver mantenuto, alla data del __/__/__, il numero complessivo dei dipendenti a tempo indeterminato superiore di almeno una unità a quello rilevato mediamente nei dodici mesi precedenti l'assunzione;
- di avere in totale erogato, nel periodo dalla data di assunzione del __/__/__ alla data di termine del periodo agevolato del __/__/__ le seguenti somme:

SOMME EROGATE		
causale	importo €	
1 - Retribuzione lorda contrattuale		*1
Altre voci retributive		
Trattenute fiscali		
Trattenute previdenziali		
Retribuzione netta		
2 - Contributi previdenziali ed assicurativi carico azienda (INPS/INAIL/Cassa edile/altri istituti)		*2

- che il costo di competenza del periodo agevolato sopra indicato, è determinato in:

COSTO DI COMPETENZA		
causale	importo €	
3 - Accantonamento TFR		*3
4 - Ratei 13 [^] /14 [^] maturati non erogati		*4
totale (sommare esclusivamente gli importi *1*2*3*4)	€	

- **di aver usufruito, relativamente al periodo agevolato di 24 mesi dall'assunzione, di sgravi contributivi, ex L. 407/90, per un importo totale di € _____,_____;**

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

DICHIARA

che i fatti, stati e qualità riportati nella presente domanda corrispondono a verità.

Allega prospetto riepilogativo mese per mese delle somme erogate in relazione alla retribuzione, alle trattenute fiscali, ai contributi obbligatori e assistenziali, nonché prospetto delle compensazioni effettuate.

Note:

Data _____

Timbro e firma

Dovrà essere allegata, alla presente, a pena di inammissibilità, fotocopia del documento d'identità in corso di validità.