#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ SUI COSTI SALARIALI DERIVANTI DALL’ASSUNZIONE DI LAVORATORI CON DISABILITÀ QUALI INDIVIDUATI DALL’ARTICOLO 4, COMMA 1, DELLA LEGGE 381/1991 E DALL’ARTICOLO 2, PARAGRAFO 1, PUNTO 3), DEL REGOLAMENTO (UE) n. 651/2014

#### Regime d’aiuto applicabile: articolo 33 del regolamento (UE) n. 651/2014

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante della cooperativa sociale­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

beneficiaria del contributo concesso con decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* avvalendosi delle facoltà concesse dall’articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000;
* consapevole che, ai sensi dell’articolo 75 del D.P.R. n. 445/2000, qualora emerga la non veridicità di quanto testé dichiarato, la predetta cooperativa decade dal beneficio eventualmente conseguente al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere;
* consapevole che, come previsto dall’articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
* sotto la propria responsabilità, ai fini della determinazione delle spese ammesse al contributo di cui all’articolo 14 della legge regionale 20/2006, per le iniziative di cui al regolamento emanato con DPReg. 0198/Pres. del 30 agosto 2017 e ss.mm.ii., di seguito per brevità Regolamento regionale;

**DICHIARA**

che i costi salariali[[1]](#footnote-1) derivanti dall’occupazione di persone con disabilità, quali individuate dall’articolo 4, comma 1, della Legge 381/1991 e dall’articolo 2, paragrafo 1, punto 3), del regolamento (UE) n. 651/2014,assunte anche in esercizi precedenti e occupate senza soluzione di continuità, sono riportati nella **scheda di riepilogo** che segue e sono analiticamente esposti nelle schede relative a ciascuna di esse e per le quali il sopra citato contributo è stato concesso.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nominativo lavoratore con disabilità (sigla cognome e nome) | Inquadramento (CCNL e livello/categoria) | Ammontare costi salariali | | |
| Lordo in busta paga[[2]](#footnote-2) | Oneri sociali INPS e INAIL | Totale |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Totale |  |  |  |  |

**Lavoratore con disabilità** (sigla cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mese e anno[[3]](#footnote-3) | Lordo in busta paga[[4]](#footnote-4) | INPS | | INAIL | |
| Imponibile INPS | Oneri sociali INPS | Imponibile INAIL | Oneri sociali INAIL |
| Gen - |  |  |  |  |  |
| Feb - |  |  |  |  |  |
| Mar - |  |  |  |  |  |
| Apr - |  |  |  |  |  |
| Mag - |  |  |  |  |  |
| Giu - |  |  |  |  |  |
| Lug - |  |  |  |  |  |
| Ago - |  |  |  |  |  |
| Set - |  |  |  |  |  |
| Ott - |  |  |  |  |  |
| Nov - |  |  |  |  |  |
| Dic - |  |  |  |  |  |
| Tredicesima |  |  |  |  |  |
| Totale |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Totale lordo |  | Tali voci vanno riportate nella scheda-riepilogo | | | |
| Totale oneri |  |
| Totale complessivo |  |

NB: nel caso di più lavoratori con disabilità occupati, presentare ulteriori schede analitiche compilate per ciascuno di essi.

Facciate totali compilate (esclusa la presente): n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*La dichiarazione è firmata digitalmente*

*La sottoscrizione digitale apposta sul documento elettronico si intende apposta nella presente sezione*

1. Relativi all’anno della presentazione della domanda di contributo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Importi della busta paga che rappresentano un costo effettivo per la cooperativa (per es. retribuzione base e accessoria, quota parte malattia, ferie non godute, quota parte TFR, assicurazioni integrative su base volontaria, ecc.). [↑](#footnote-ref-2)
3. Inserire l’anno di presentazione della domanda di contributo. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importi della busta paga che rappresentano un costo effettivo per la cooperativa (per es. retribuzione base e accessoria, quota parte malattia, ferie non godute, quota parte TFR, assicurazioni integrative su base volontaria, ecc..). [↑](#footnote-ref-4)