#### DICHIARAZIONE SUI COSTI SALARIALI DERIVANTI DALL’ASSUNZIONE DI LAVORATORI CON DISABILITÀ[[1]](#footnote-1) 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 E DICHIARAZIONE RELATIVA ALL’AUMENTO NETTO DEI DIPENDENTI

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

Il/La sottoscrittnata      

il       e residente a

in

in qualità di legale rappresentante della cooperativa sociale

con sede a       in

codice fiscale partita IVA

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

avvalendosi delle facoltà concesse dall’articolo 47**[[2]](#footnote-2)** del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere e/o mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

con riferimento all’iniziativa di spesa di cui all’articolo 16, comma 1, lettera b) del regolamento emanato con DPReg. n. 0198/Pres. del 30 agosto 2017 e ss.mm.ii., di seguito Regolamento regionale;

* che le persone con disabilità1, 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*,* per l’assunzione dei quali si chiede contributo, sono riportate nell’elenco riportato nella pagina seguente (**Tabella 1**);
* che la condizione di disabilità dei seguenti lavoratori, occupati presso la presente cooperativa con contratto di lavoro subordinato, risulta da dichiarazioni rilasciate dagli Enti certificanti e giacenti agli atti della scrivente cooperativa;

**Tabella 1:**

| Nominativo lavoratore con disabilità  (sigla cognome e nome) | Inquadramento (CCNL e livello /categoria) | Data  assunzione | Durata  contratto | Ente che ha dichiarato la disabilità di cui all’articolo 4, comma 1, della Legge 381/1991 | Natura della dichiarazione di disabilità (Originaria, Rinnovo, Revisione, ecc…) | Validità della dichiarazione di disabilità per tutta la durata dell’iniziativa (SI’/NO) | Precisazione in merito alla validità della dichiarazione di disabilità[[3]](#footnote-3) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**DICHIARA altresì**

avvalendosi delle facoltà concesse dall’articolo 47**[[4]](#footnote-4)** del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere e/o mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

* che a seguito dell’assunzione le 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, così come di seguito riportato (**Tabella 2**), si è determinato un aumento netto del numero complessivo dei dipendenti della cooperativa sociale rispetto alla media dei 12 mesi precedenti ovvero non vi è stato un aumento netto del numero complessivo dei dipendenti della cooperativa sociale rispetto alla media dei 12 mesi precedenti in quanto il/i posto/i occupato/i si è/sono reso/i vacante/i per la/e seguente/i casistica/casistiche: dimissioni volontarie, invalidità, pensionamento per raggiunti limiti d’età, riduzione volontaria dell’orario di lavoro o licenziamento per giusta causa;

**Tabella 2:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nominativo lavoratore con disabilità  (sigla cognome e nome) | Data assunzione | Media dei dipendenti della cooperativa nei 12 mesi precedenti l’assunzione (ULA) | Numero dei dipendenti della cooperativa dopo l’assunzione (ULA) | Condizione[[5]](#footnote-5) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DICHIARA infine**

che i costi salariali[[6]](#footnote-6) 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**, relativi all’anno di presentazione delle domande di contributo, sono riportati nella seguente **scheda di riepilogo** (**Tabella 3**) e sono analiticamente esposti nelle schede relative a ciascuna di esse (**Tabella 4**) e per le quali il contributo è chiesto.

**Tabella 3:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nominativo lavoratore con disabilità (iniziali cognome e nome) | Ammontare costi salariali | | |
| Lordo in busta paga[[7]](#footnote-7) | Oneri sociali INPS e INAIL | **Totale** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALE** | | |  |

**Tabella 4:**

**Lavoratore con disabilità** (iniziali cognome e nome)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mese e anno[[8]](#footnote-8) | Lordo in busta paga[[9]](#footnote-9) | INPS | | INAIL | |
| Imponibile INPS | Oneri sociali INPS | Imponibile INAIL | Oneri sociali INAIL |
| Gennaio |  |  |  |  |  |
| Febbraio |  |  |  |  |  |
| Marzo |  |  |  |  |  |
| Aprile |  |  |  |  |  |
| Maggio |  |  |  |  |  |
| Giugno |  |  |  |  |  |
| Luglio |  |  |  |  |  |
| Agosto |  |  |  |  |  |
| Settembre |  |  |  |  |  |
| Ottobre |  |  |  |  |  |
| Novembre |  |  |  |  |  |
| Dicembre |  |  |  |  |  |
| Tredicesima |  |  |  |  |  |
| Totale |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Totale lordo |  | Tali voci sono riportate nella scheda-riepilogo | | | |
| Totale oneri |  |
| Totale complessivo |  |

NB: nel caso di più lavoratori con disabilità occupati, la presente scheda analitica viene riprodotta e compilata per ciascuno di essi.

**Facciate totali compilate (esclusa la presente): n.**

1. persone con invalidità fisica, psichica e sensoriale quali individuate delle norme richiamate in intestazione nonché dall’articolo 16, comma 1, lettera b), del Regolamento regionale. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Nel caso in cui la validità della dichiarazione di disabilità non copra interamente il periodo di ammissibilità delle spese, viene indicato se vi è già in corso una procedura di rinnovo, revisione, accertamento, ecc**., con la precisazione della relativa data di avvio. **In assenza di tale procedura, si dà per acquisito che saranno riconosciuti unicamente i costi salariali delle mensilità coperte da tale dichiarazione**. [↑](#footnote-ref-3)
4. Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà. [↑](#footnote-ref-4)
5. Se l’assunzione ha determinato un aumento netto un aumento netto del numero complessivo dei dipendenti della cooperativa sociale rispetto alla media dei 12 mesi precedenti, si riporta “1”, oppure, se non vi è stato aumento perché il posto si è reso vacante per dimissioni volontarie, invalidità, pensionamento per raggiunti limiti d’età, riduzione volontaria dell’orario di lavoro o licenziamento per giusta causa, si riporta “2”. [↑](#footnote-ref-5)
6. Relativi all’anno della presentazione della domanda di contributo. [↑](#footnote-ref-6)
7. Importi della busta paga che rappresentano un costo effettivo per la presente cooperativa (per es. retribuzione base e accessoria, quota parte malattia, ferie non godute, quota parte TFR, assicurazioni integrative su base volontaria, ecc..). [↑](#footnote-ref-7)
8. Riferiti all’anno di presentazione della domanda di contributo. [↑](#footnote-ref-8)
9. Importi della busta paga che rappresentano un costo effettivo per la presente cooperativa (per es. retribuzione base e accessoria, quota parte malattia, ferie non godute, quota parte TFR, assicurazioni integrative su base volontaria, ecc..). [↑](#footnote-ref-9)