DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ SUI COSTI SALARIALI DEL PERSONALE DEDICATO ALL'ASSISTENZA 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 34, paragrafo 2, lettera b), 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.;

DICHIARA

che a seguito dell'assunzione, avvenuta anche nelle annualità precedenti e con l'impiego senza soluzione di continuità, dei seguenti 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, il personale dipendente della cooperativa sociale dedicato alla loro assistenza è quello riportato nell'elenco che segue:

Nominativo lavoratore con disabilità (sigla cognome e nome)	Data assunzione del lavoratore con disabilità	Nominativo del tutor dedicato all'assistenza della persona con disabilità[1] (cognome e nome)	Ore lavorative dedicate dal tutor alla persona con disabilità nel periodo di riferimento	Totale ore lavorative del tutor in cooperativa nel periodo di riferimento

[1] Se più tutor sono dedicati a uno stesso lavoratore con disabilità, riportare nella prima colonna il nominativo della persona assistita tante volte quanti sono i tutor ad essa dedicati.

DICHIARA altresì

che i costi salariali relativi al personale dipendente della cooperativa sociale addetto all'assistenza dei lavoratori con disabilità sopra elencati, riproporzionati in base alle ore dedicate al tutoraggio, riferiti all'anno di presentazione della domanda di contributo, sono riportati parzialmente nella seguente scheda di riepilogo e complessivamente e analiticamente nei successivi prospetti.

Nominativo tutor (cognome e nome)	Inquadramento (CCNL e livello/categoria)	Data assunzione	Ammontare costi salariali relativi al totale delle ore lavorative dedicate al tutoraggio nel periodo di riferimento		
			Lordo in busta paga[2] (riproporzionato)	Oneri sociali INPS e INAIL (riproporzionati)	Totale (riproporzionato)
Totale					

[2] Importi della busta paga, riproporzionati in base alle ore di tutoraggio, 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.).

Tutor (cognome e nome) _____					
Mese e anno[3]	Lordo in busta paga[4] (totale)	INPS		INAIL	
		Imponibile INPS (totale)	Oneri sociali INPS (totali)	Imponibile INAIL (totali)	Oneri sociali INAIL (totali)
Gen -					
Feb -					
Mar -					
Apr -					
Mag -					
Giu -					
Lug -					
Ago -					
Set -					
Ott -					
Nov -					
Dic -					
Tredicesima					
Totale					

Totale lordo		le presenti voci vanno poi riproporzionate alle ore dedicate dal tutor alla persona disabile e riportate così riproporzionate nella scheda riepilogo
Totale oneri		
Totale complessivo		

NB: nel caso di più lavoratori dipendenti della cooperativa dedicati all'assistenza di persone con disabilità, presentare ulteriori schede analitiche compilate per ciascuno di essi.

[3] Inserire l'anno di presentazione della domanda di contributo.

[4] Importi della busta paga, totali, 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.).

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