

**DICHIARAZIONE SUI COSTI SALARIALI DERIVANTI DALL'ASSUNZIONE DI LAVORATORI CON DISABILITÀ<sup>1</sup>  
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 sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

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<sup>2</sup> 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 DPR n. 0198/Pres. del 30 agosto 2017 e ss.mm.ii., di seguito Regolamento regionale;

- che le persone con disabilità<sup>1</sup>, 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;

<sup>1</sup> persone con invalidità fisica, psichica e sensoriale quali individuate dalle norme richiamate in intestazione nonché dall'articolo 16, comma 1, lettera b), del Regolamento regionale.

<sup>2</sup> Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.







**Tabella 4:****Lavoratore con disabilità** (iniziali cognome e nome) \_\_\_\_\_

Mese e anno <sup>8</sup>	Lordo in busta paga <sup>9</sup>	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.

<sup>8</sup> Riferiti all'anno di presentazione della domanda di contributo.

<sup>9</sup> 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..).

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