



Unione Europea



Allegato 3A

“Modello di richiesta di liquidazione “in anticipazione” e dichiarazioni sostitutive ex art. 14”

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

FSE POR CAMPANIA 2014-2020

**AVVISO PUBBLICO
“INCENTIVI PER L’ASSUNZIONE
DI LAVORATORI SVANTAGGIATI IN CAMPANIA – ANNUALITA’ 2016”**

**RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE “IN ANTICIPAZIONE”
E DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE EX ARTT. 46 - 47 DPR 445/2000**

Il sottoscritto	COGNOME	NOME
nato a	PROVINCIA / ESTERO	COMUNE/STATO ESTERO
il	DATA DI NASCITA	
residente in	PROVINCIA	COMUNE
via	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO
codice fiscale	CODICE FISCALE	
tel. cellulare	NUMERO TELEFONO CELLULARE	

in qualità di titolare/legale rappresentante dell’impresa

ragione sociale	RAGIONE SOCIALE	FORMA GIURIDICA
sede legale	PROVINCIA / ESTERO	COMUNE/STATO ESTERO
	INDIRIZZO	NUMERO CIVICO
	CAP	
partita iva/CF	PARTITA IVA	CODICE FISCALE
codice ATECO	CODICE ATECO	
recapiti telefonici	TELEFONO	TELEFONO

in relazione alla domanda di incentivo presentata in data __/__/__, codice pratica 0000 ____, ammessa alla fruizione del beneficio con DD __ del __/__/__, 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 dell'Avviso stesso

in relazione al lavoratore assunto **nel periodo 1 gennaio 2016 - 31 dicembre 2016**, per il quale è stato ammesso il beneficio:

COGNOME	NOME
PROVINCIA DI NASCITA/ESTERO	COMUNE DI NASCITA/STATO ESTERO
CODICE FISCALE	INDIRIZZO E NUMERO CIVICO
COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA DI RESIDENZA
DATA DI ASSUNZIONE	SEDE DI ASSUNZIONE
CCNL APPLICATO	
QUALIFICA	LIVELLO
<input type="checkbox"/> lavoratore assunto a tempo parziale (indicare percentuale della prestazione lavorativa)	
<input type="checkbox"/> lavoratore "svantaggiato"	
<input type="checkbox"/> lavoratore "molto svantaggiato"	
<input type="checkbox"/> lavoratore "con disabilità"	

ALLEGA

la prescritta documentazione, **accompagnata da dichiarazione di conformità all'originale, ex artt. 19, 19 bis e 47 del Dpr 28 dicembre 2000, n. 445:**

- copie dei LUL relativi alle retribuzioni del mese di assunzione;
- copie dei Modelli DM10 relativi ai 12 mesi precedenti l'assunzione;

RICHIEDE

la liquidazione del contributo mediante bonifico bancario sul conto corrente bancario aziendale presso la banca _____, IBAN _____;

SI IMPEGNA A TRASMETTERE

garanzia fideiussoria "a prima richiesta e senza eccezioni", per un importo corrispondente al contributo ammesso, consapevole che in caso di mancata trasmissione l'erogazione dell'aiuto, resterà sospesa.

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.

Note (*eventuali chiarimenti e precisazioni*)

Data _____

Firma _____

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