

**ALLA REGIONE CAMPANIA
Settore O.R.Me.L.
Area 17 Settore 04
Centro Direzionale is. A/6
80143 NAPOLI**

per il tramite di

**AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE
DI
Servizio.....
Via
.....**

LEGGE 12 MARZO 1999, n°68 ART. 13 (sostituito dal comma 37, lettera c) dell'art. 1, L. 24 dicembre 2007, n. 247)

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO ALL'ASSUNZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di legale rappresentante dell'azienda (Ragione sociale) :

P.I. _____ C.F. _____

Codice ATECO _____

con sede legale a _____

Via. _____ n. _____

TEL. _____ FAX _____ E MAIL _____

n. di dipendenti (a livello nazionale) _____, che ha stipulato con l'Amministrazione

Provinciale di _____ la convenzione ai sensi

- dell'art.11 dell legge 68/99 in data _____ relativa a n° _____ inserimenti
- dell'art. 12 bis della l. 68/99 in data _____ relativa a n° _____ inserimenti

CHIEDE

per la sede operativa di _____

Via _____ n. _____

TEL. _____ FAX _____ E MAIL _____

ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettere a) b) c) della legge 12 marzo 1999, n. 68, come sostituito dalla Legge 247/2007, il rimborso del costo salariale annuo nella misura

1. del 60 per cento del costo salariale annuo effettivo, calcolato come da regolamento comunitario n. 800 del 6 agosto 2008, pari ad € _____, per il sottoindicato lavoratore disabile, assunto attraverso la convenzione di cui sopra, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, e che ha:

- o una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79 per cento;

- o una minorazione ascritta dalla prima alla terza categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni;
 - o un *handicap* intellettuale e psichico, indipendentemente dalle percentuali di invalidità;
2. del 25 per cento del costo salariale annuo effettivo, calcolato come da regolamento comunitario n. 800 del 6 agosto 2008, pari ad € _____, per il lavoratore disabile, assunto attraverso le convenzioni di cui sopra con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, e ha:
- o una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67 per cento e il 79 per cento;
 - o una minorazione ascritta dalla quarta alla sesta categoria di cui alle tabelle citate nella lettera a);
3. Contributo forfettario art.13,c.1 lett. d) € _____

Per il sottoindicato lavoratore

Sig. _____ nato/a _____
 _____ (prov. _____),
 il _____ s esso _____
 residente a _____
 via _____,
 assunto il _____ C.F. _____, cittadinanza _____
 titolo di studio _____
 con contratto a tempo indeterminato con la qualifica di _____ livello di
 inquadramento _____ CCNL _____

il rapporto di lavoro e tuttora in corso.

Il rapporto di lavoro è cessato in dataper le seguenti cause:

 (Allegare la documentazione relativa
 alla cessazione).

- percentuale di riduzione della capacità lavorativa _____
- minorazione ascritta alle categorie di cui alla tabella del DPR 23/12/1978, n. 915 e successive modificazioni _____
- presenza di handicap intellettuale e psichico
 - si
 - No
- Tipologia contrattuale
 - Part- time
 - Full-time

DICHIARA INOLTRE

Ai sensi dell'art. 46 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci,

