



REGIONE CAMPANIA

Direzione Generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro e le Politiche Giovanile

"Campania al Lavoro"

Avviso "Più apprendi, più lavori"

Richiesta liquidazione contributo

Il sottoscritto..... nato a il, residente a.....in via C.F., in qualità di legale rappresentante del soggetto proponente Partita iva/ codice fiscale..... con sede legale ache ha presentato domanda di incentivo a valere sul Bando "Più Apprendi Più Lavori" .C.U.....CUP.....

consapevole che, in caso di dichiarazione mendace, sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

- a) Di aver assunto nato a il, residente da almeno 12 mesi, a.....in via C.F.con contratto di Apprendistato Professionalizzante
 - o dal..... al.....
 - o (in caso di dimissioni indicare la data)
- b) di essere in regola con gli adempimenti derivanti dall'assunzione di contratti di lavoro, sia previdenziali, sia assicurativi, assistenziali e fiscali;
- c) che l'incremento netto in termini di U.L.A. determinatosi con l'assunzione di lavoratori oggetto di incentivo si è mantenuto per l'intero periodo occupazionale di riferimento (effetto incentivante);
- d) Di aver beneficiato/non aver beneficiato dello sgravio contributivo ex Legge n. 183/2011 art. 22;
- e) di non avere effettuato pagamenti in contanti superiori a €1.000,00 ai sensi della Legge n. 136/2010;
- f) che tutti i dati inseriti nella presente scheda, sono veri e reali, ed in particolare quelli inerenti il costo lordo del lavoro, le agevolazioni spettanti e/o richieste e la tipologia contrattuale;



REGIONE CAMPANIA

Direzione Generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro e le Politiche Giovanile

"Campania al Lavoro"

Avviso "Più apprendi, più lavori"

Richiesta liquidazione contributo

Mensilità	Numero Busta Paga	Retrib. Ord.	Ferie	Festività	Straord.	Altri Comp.	Ore Lav.	INAIL Aliq.	INAIL	INPS aliq.	INPS c azienda	Accantonamento mensile TFR	Totale Costo lordo
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€
		€	€	€	€	€	€	%		%			€

Contributo come da Atto di Concessione	Euro 0
Altro contributo Pubblico	Euro 0,00
Totale costo annuo lordo del salario	Euro 0
Contributo max ammissibile per cumulo	Euro 0
Contributo richiesto da liquidare	Euro 0

RICHIEDE

l'erogazione del contributo pari a Euro _____ e comunica le coordinate bancarie del c/c per l'accredito IBAN IT00000000000000000000000000000000 intestato a _____

N.B. Verranno effettuati controlli da parte dell'Amministrazione sulla corrispondenza dei dati e delle notizie dichiarati. In caso di false dichiarazioni, si applicherà quanto previsto dall'art. 76 d.P.R. n. 445 del 2000. Valgono le norme e le disposizioni contenute nel d.lgs. n. 196/2003 (privacy) riguardo al trattamento dei dati.

Data _____

Firma _____