

**P.O. CAMPANIA FSE 2007 - 2013**

Asse III - Inclusione Sociale -

Obiettivo operativo g5) Rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione dei disabili nei posti di lavoro

**MOD\_B1**

**ISTANZA DI ACCESSO AGLI AIUTI**

Spett.le Giunta Regionale della Campania  
Area Generale di Coordinamento 18  
Settore Assistenza Sociale, Programmazione e  
Vigilanza nei Servizi Sociali  
PEC

[agc18.sett01@pec.regione.campania.it](mailto:agc18.sett01@pec.regione.campania.it)

**Oggetto: POR FSE 2007-2013 – Ob. Op. g.5. Avviso pubblico work experience persone con disabilità**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il  
..... e residente in ..... alla via ..... –  
C.F. ...., tel. (ufficio) ..... e-mail certificata (PEC)  
.....,

in qualità di legale rappresentante (o suo delegato) dell'ente denominato ..... - forma  
giuridica ..... - C.F. .... P.IVA .....,  
numero di iscrizione alla CCIAA ....., luogo e data di iscrizione  
.....

con sede legale presso il Comune di ..... alla via ..... n. .... c.a.p.  
..... tel ..... fax .....  
e-mail certificata (PEC) .....

**richiede**

gli aiuti per l'assunzione previsti dall'Avviso pubblico work experience per persone con disabilità nella misura di €..... secondo quanto stabilito al punto 4.1.2 dell'Avviso.

A tal fine, consapevole, delle responsabilità penali - richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 - cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000,

**dichiara**

^ di aver assunto con contratto a tempo indeterminato, entro i 60 giorni dal termine della work experience svolta presso l'azienda nella fase precedente, le seguenti persone:

Nominativo	C.F.	% (se part time)	Data conclusione work experience	Data assunzione	Costo salariale annuo	Aiuto richiesto

**P.O. CAMPANIA FSE 2007 - 2013**

Asse III - Inclusione Sociale -

Obiettivo operativo g5) Rafforzare la cultura delle pari opportunità per prevenire e combattere ogni forma di discriminazione dei disabili nei posti di lavoro

**MOD\_B1**

**ISTANZA DI ACCESSO AGLI AIUTI**

- ^ di non aver effettuato licenziamenti per riduzione di personale dall'avvio della/e work experience fino alla data di invio della presente richiesta (ai sensi del Reg. CE 800/2008 art. 41 co. 4);
- ^ di essere consapevole che la concessione dell'aiuto è condizionata al mantenimento delle persone assunte nell'organico aziendale per un periodo non inferiore ai ventiquattro mesi, fatto salvo il licenziamento per giusta causa;
- ^ che la copia del contratto di lavoro qui allegata è conforme all'originale in proprio possesso.

**dichiara altresì**

- di non aver richiesto altri aiuti per la copertura dei costi salariali dei lavoratori sopra indicati

*oppure*

- di aver richiesto altri aiuti per la copertura dei costi salariali dei lavoratori sopra indicati, nella misura di seguito riportata:

Lavoratore al quale si riferisce l'aiuto	Ente concedente	Procedura in relazione alla quale si è ottenuto l'aiuto e riferimenti normativi	Entità annuale aiuto	N. anni per cui si riceve l'aiuto	% del costo salariale annuale del lavoratore coperta dall'aiuto

Allega alla presente:

- dichiarazione relativa all'iscrizione alla CC.I.AA. e alla non sussistenza di procedure di liquidazione e/o fallimentari, nonché alla regolarità contributiva (redatta sull'allegato B2 all'avviso pubblico);
- dichiarazione relativa al rispetto della clausola Deggendorf (redatta sull'allegato B3 all'avviso pubblico);
- contratto di lavoro stipulato con il borsista;
- convenzione sottoscritta con i servizi di collocamento mirato territorialmente competenti per l'inserimento lavorativo della persona con disabilità ai sensi della L. 68/99;
- copia del documento di identità in corso di validità.

*Da sottoscrivere con firma digitale*