

Alla Regione Basilicata
Ufficio Politiche del Lavoro

DICHIARAZIONE ASSUNZIONI EFFETTUATE E COSTO SALARIALE ANNUO PREVISTO
a cura dell'impresa/datore di lavoro

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell' art. 47 del decreto del Presidente Repubblica
28 dicembre 2000 n. 445

Il sottoscritto/a :

Anagrafica richiedente					
Il legale rappresentante dell'impresa	Nome e cognome		nata/o il	nel Comune di	Prov.
	Comune di residenza	CAP	Via	n.	Prov.

in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa:

Anagrafica impresa						
Impresa	Denominazione/Ragione sociale dell'impresa			Forma giuridica		
Sede legale	Comune	CAP	Via	n.	Prov.	
Sede operativa	Comune	CAP	Via	n.	Prov.	
Dati e tipologia impresa	Codice fiscale		Partita IVA			
	Piccola impresa	<input type="checkbox"/>	Media impresa	<input type="checkbox"/>	Grande impresa	<input type="checkbox"/>
	Iscritta alla camera di commercio, industria, artigianato di..... al n. del registro delle imprese di oppure professionista iscritto all'Albo/Ordine/Collegio					

CONSAPEVOLE delle responsabilità anche penali in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi e loro uso e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR n. 445,



DICHIARA

che le assunzioni effettuate e per le quali si chiedono gli incentivi economici previsti dall'A. P. #DESTINAZIONE GIOVANI sono quelle riportate nel prospetto sottostante:

ELENCO DEI LAVORATORI ASSUNTI E COSTO SALARIALE LORDO PRESUNTO											
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	DATA DI ASSUNZIONE	UNITÀ LOCALE ¹	CCNL APPLICATO	MANSIONE*	TIPOLOGIA CONTRATTO (full-time o part- time)**	COSTO ANNUO LORDO***	IMPORTO BONUS OCCUPAZIONALE	IMPORTO AIUTO ALLA FORMAZIONE	TOTALE INCENTIVO RICHiesto

** Indicare le ore contrattuali rispetto alle ore previste dal CCNL. Si ricorda, nel caso di contratti di lavoro part-time, che non sono ammissibili contratti al di sotto del 50% delle ore previste dal contratto nazionale di riferimento.

Luogo, Data _____

Timbro e firma del legale rappresentante _____

Allegati: copia di un documento di identità in corso di validità del firmatario

¹ Unità locale presso cui si svolge la prestazione