



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Politiche per il sostegno all'Impresa e all'Occupazione
CUF: 8CEHQ9 – CDR 00.10.01.02

AVVISO PUBBLICO STA.BILE. Sardegna

Sostegno alla Trasformazione e Assunzione – Bonus per l'Inclusione Lavorativa ed Economica in Sardegna. Intervento sperimentale rivolto alle Micro, Piccole e Medie Imprese (MPMI) per favorire l'assunzione a seguito di tirocini formativi, la trasformazione dei contratti di lavoro a tempo determinato e dei contratti di lavoro a tempo determinato parziale in contratti di lavoro a tempo indeterminato e pieno

MODULO DICHIARAZIONE DEL LAVORATORE

(D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art.47)

Spett.le

Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale -
Direzione generale del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e Sicurezza

Servizio Politiche per il sostegno all'Impresa e all'Occupazione

PEC: lavoro@pec.regione.sardegna.it

(Da completare - a cura dell'Impresa beneficiaria)

Titolo Progetto: AVVISO PUBBLICO STA.BILE. Sardegna. Sostegno alla Trasformazione e Assunzione – Bonus per l'Inclusione Lavorativa ed Economica in Sardegna. Intervento sperimentale rivolto alle Micro, Piccole e Medie Imprese (MPMI) per favorire l'assunzione a seguito di tirocini formativi, la trasformazione dei contratti di lavoro a tempo determinato e dei contratti di lavoro a tempo determinato parziale in contratti di lavoro a tempo indeterminato e pieno Soggetto Attuatore (impresa beneficiaria): _____
--

(Da compilare a cura del lavoratore) – Compilare tutti i campi

(dichiarazione sostitutiva del lavoratore assunto, ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

1-Cognome: _____

2-Nome: _____

3-Codice Fiscale: _____

4-Cittadinanza: _____

5-Residenza (Via/Piazza, Numero civico, Cap, Città, Provincia): _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Politiche per il sostegno all'Impresa e all'Occupazione
CUF: 8CEHQ9 – CDR 00.10.01.02

6-Domicilio, solo se diverso dalla residenza (Via/Piazza, Numero civico, Cap, Città, Provincia) _____

Consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, il soggetto incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare con una crocetta i campi di interesse oggetto della dichiarazione)

- ☐ di essere residente o domiciliato nella Regione Sardegna, o emigrato di cui all'art. 2 della L.R. n. 7/1991¹;
- ☐ se cittadino non comunitario, di essere residente o domiciliato in Sardegna in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- ☐ di avere compiuto la maggior età alla data di pubblicazione dell'Avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che è stato incluso tra i destinatari per i quali l'impresa ha richiesto l'Aiuto di cui all'"AVVISO PUBBLICO STA.BILE. Sardegna. Sostegno alla Trasformazione e Assunzione – Bonus per l'Inclusione Lavorativa ed Economica in Sardegna";

DICHIARA ALTRESI'

(barrare con una crocetta i campi di interesse oggetto della dichiarazione, sulla base delle differenti 3 Linee di attività previste dall'Avviso)

Linea A – Assunzione con contratto a tempo indeterminato a seguito di tirocinio formativo

- ☐ di aver svolto un tirocinio formativo presso l'impresa beneficiaria _____ che richiede il contributo

Linea B – Trasformazioni da contratto a tempo determinato a contratto a tempo indeterminato

- ☐ essere lavoratore/lavoratrice in forza (a far data dal 1° giugno 2025) all'impresa _____ al momento della presentazione della Domanda (DAT), assunto/a con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato,

B.1. ☐ essere lavoratore/lavoratrice di età compresa tra 18 e i 35 anni non compiuti (34 anni e 364 giorni);

B.2. ☐ essere lavoratore/lavoratrice di età compresa tra 35 e i 50 anni non compiuti (49 anni e 364 giorni);

¹ (a) Coloro che siano nati in Sardegna, che abbiano stabile dimora fuori del territorio regionale e che conservino la nazionalità italiana, nonché i coniugi ed i discendenti, anche se non nati in Sardegna, purché abbiano almeno un genitore sardo (b) i figli di cittadini di origine sarda che conservino la nazionalità italiana.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Politiche per il sostegno all'Impresa e all'Occupazione
CUF: 8CEHQ9 – CDR 00.10.01.02

B.3. (per la Linea B.3. barrare una o più opzioni sottoelencate):

- ☐ essere lavoratore/lavoratrice di età superiore ai 50 anni;
- ☐ essere lavoratore/lavoratrice con disabilità riconosciuta, secondo le vigenti norme in materia (assunti oltre la cosiddetta quota di riserva di cui alla L. 68/1999 e/o comunque dal datore di lavoro non sottoposto ad obbligo o parzialmente esonerato ai sensi della medesima L. 68/1999);
- ☐ essere lavoratore/lavoratrice che assista in modo continuativo un familiare disabile, come definito dalla legge n. 104/1992.

LINEA C - trasformazione da contratto a tempo determinato e part time a contratto a tempo indeterminato full time

- ☐ essere lavoratore/lavoratrice in forza all'impresa che chiede il contributo al momento della presentazione della Domanda (DAT), assunto/a con contratto di lavoro determinato e parziale (part-time)

C.1. ☐ essere lavoratore di età compresa tra 18 e i 35 anni non compiuti (34 anni e 364 giorni) e donne di qualunque fascia di età;

C.2. ☐ essere lavoratore/lavoratrice di età compresa tra 35 e i 50 anni non compiuti (49 anni e 364 giorni);

C.3. ☐ essere lavoratore/lavoratrice di età superiore ai 50 anni.

Dichiara inoltre

- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali

Luogo e data, _____

IL/LA DICHIARANTE

*Allega copia del documento di identità in corso di validità
Allega informativa destinatari art. 14 – GDPR - firmata per presa visione*



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio Politiche per il sostegno all'Impresa e all'Occupazione
CUF: 8CEHQ9 – CDR 00.10.01.02

(Da compilare a cura dell'Impresa beneficiaria)

Rappresentante Legale	(Cognome) _____
	(Nome) _____
Codice Fiscale Rappresentante Legale	_____
Denominazione Impresa	_____
COD. FISC o P.IVA Impresa	_____
Forma Giuridica	_____
Settore attività	Indicare codice ATECO _____
Indirizzo Impresa	Via _____ n° _____
	Comune _____ Prov (_____) CAP _____