



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
Assessorato del lavoro, formazione professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



**AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA  
EX PROVINCIA OLBIA TEMPPIO**  
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7  
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

**ALLEGATO C**

**FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DIVERSAMENTE ABILI**

**CONTRIBUTO AZIONE 1 TER  
RICHIEDA I° TRANCHE**

**MARCA  
DA  
BOLLO  
€ 16,00 (1)**

**Spett.le  
Amministrazione  
Straordinaria Ex Provincia  
Olbia Tempio  
Settore 4,  
Ufficio UIM  
Via Nanni n. 17/19  
07026 - Olbia (OT)**

**QUADRO A – DATORE DI LAVORO**

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
residente in ..... Via ..... n. .... in  
qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta/Ragione Sociale ..... con  
sede legale in ..... (Prov.....) Via ..... n°.....  
tel. ...../..... Fax ..... e-mail .....  
Partita IVA ..... Codice Fiscale Azienda ..... n.  
matr. INPS .....  
attività specifica svolta dall'azienda .....

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000:

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere a conoscenza che:

- i beneficiari dei contributi sono tenuti a dare comunicazione motivata a questa Amministrazione dell'eventuale interruzione anticipata dell'iniziativa finanziata, qualunque ne sia la causa, nonché a segnalare tempestivamente ogni mutamento del rapporto di lavoro (licenziamento, dimissioni spontanee, ecc.);
- l'Amministrazione Straordinaria Ex Provincia Olbia Tempio procederà all'integrale revoca del beneficio qualora non siano rispettati i termini e le condizioni per i quali il contributo è stato concesso;
- L'erogazione del finanziamento è legato alla permanenza del rapporto di lavoro con la persona disabile per almeno sei mesi successivi al suo avvio. Per i contratti di lavoro che si risolvono (per qualsiasi motivo) prima dei sei mesi il datore di lavoro non avrà diritto a nessun contributo, salvo che



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
Assessorato del lavoro, formazione professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



**AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA  
EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO**  
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7  
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

### **ALLEGATO C**

l'interruzione del rapporto di lavoro avvenga per motivi sanitari comprovati da idonea documentazione medica (nel qual caso l'incentivo verrà erogato in proporzione al periodo lavorativo prestato).

- a. in tutti i casi, qualora intervenga la risoluzione del contratto di lavoro, per qualsiasi ragione, prima che siano trascorsi almeno sei mesi dal suo avvio (con la sola esclusione di interruzione del contatto di lavoro per motivi sanitari);
- b. se, da accertamenti effettuati dalle autorità ispettive, emerge il mancato rispetto delle condizioni stabilite da accordi interconfederali, dai contratti collettivi di lavoro territoriali di categoria e dagli accordi stipulati a livello aziendale.

Fatte salve le pene previste dall'attuale legislazione per chi fornisce false o mendaci dichiarazioni o produce false attestazioni, i contributi sono totalmente revocati anche qualora, dai controlli effettuati, emerge la mancanza di uno o più requisiti verificati in sede di istruttoria nella domanda di contributo o comunque contenuti nella documentazione allegata alla stessa.

**Si procede ad una rideterminazione dei contributi della seconda tranne in misura percentuale rispetto alla durata complessiva prevista dal progetto, qualora:**

- il rapporto di lavoro s'interrompa trascorsi almeno sei mesi dal suo avvio ma prima dei dodici mesi, per cause non imputabili al datore di lavoro (giusta causa o giustificato motivo soggettivo, aggravamento invalidità);
- sia necessario presentare nuova documentazione che attesti la causa della cessazione/riduzione oraria, al fine di valutare un eventuale riproporzionamento del contributo da erogare, sulla base della durata della permanenza del lavoratore in Azienda e dell'orario svolto (si arrotonda a mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni).

**La revoca comporta l'esclusione totale o parziale dalla concessione del contributo, l'obbligo della restituzione di quanto eventualmente percepito ed il pagamento degli interessi legali calcolati dal momento dell'erogazione del contributo.**

Eventuali riduzioni orarie del contratto di lavoro (da full time a part time) comporteranno una rimodulazione del contributo commisurata al nuovo orario di lavoro.

La Trasformazione del contratto Part Time in Full Time non darà luogo alla maggiorazione del contributo concesso.

L'Azienda dichiara altresì:

**di aver assunto in data ..... il lavoratore .....  
in possesso dei requisiti previsti dall'AZIONE 1 TER, Fondo Regionale per l'occupazione dei  
diversamente abili, giusta Comunicazione Obbligatoria nr. ..... Prot. nr.  
..... del ..... con la seguente modalità:**

a tempo determinato: *mesi* \_\_\_\_\_  *a tempo pieno*       *a tempo parziale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali*



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
Assessorato del lavoro, formazione professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



**AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA  
EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO**  
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7  
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

**ALLEGATO C**

*(Ai fini dell'erogazione del "contributo assunzionale" il contratto di lavoro a tempo determinato deve prevedere, in ogni caso, un orario di lavoro non inferiore alle 20 ore settimanali o 15 nell'ipotesi in cui il lavoratore assunto sia una persona con disturbo psichico o con disabilità mentale proposta o segnalata dalle competenti strutture sanitarie o dai servizi sociali).*

**orario settimanale previsto dal C.C.N.L.** ..... - contratto applicato .....

livello/categoria di inquadramento .....

Presso:

- Sede Legale*  
 *Sede Operativa* in ..... Via ..... n. ....

**QUADRO B - LAVORATORE**

Cognome..... nome.....

cittadinanza..... sesso..... cod.fiscale.....

nato il..... a..... residente in..... (Prov.....)

via..... n°.....

domicilio.....

**A tal fine richiede l'assegnazione della prima tranche del contributo previsto dall'AZIONE 1 TER, per assunzioni a tempo determinato, pari a € 4.000,00 lordi (o minor importo in caso di assunzioni part time pari a € \_\_\_\_\_).**

Di seguito si comunicano, in applicazione dell'art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari" della L. 136/2010 "Legge antimafia" e successive modifiche e integrazioni, quanto segue:

gli estremi identificativi del conto corrente (<sup>bancario o postale</sup>) ..... "dedicato, anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche/gestione dei finanziamenti pubblici" per l'accreditamento sono i seguenti:

**C/C N.** ..... **BANCA** .....

**AG. N.** ..... **COD. IBAN** .....

Intestato a: .....

In ottemperanza dell'art. 28 del D.P.R. 29.9.73 n. 600, altresì,

**DICHIARA**  
(barrare la casella interessata)

Che il contributo richiesto

- È ASSOGGETTABILE** alla ritenuta d'acconto del 4% di cui all'art. 28 del D.P.R. 600/1973 in quanto:



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
Assessorato del lavoro, formazione professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale



**AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA  
EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO**  
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7  
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

**ALLEGATO C**

- il beneficiario è **Ditta Individuale / Società / Ente Commerciale.**
- il beneficiario è **Ente non commerciale**, ma il contributo suddetto è erogato per lo svolgimento di attività collaterali a quelle istituzionali aventi carattere di commercialità.
- (Altro) \_\_\_\_\_

**NON È ASSOGGETTABILE** alla ritenuta d'acconto del 4% di cui all'art. 28 del D.P.R. 600/1973  
**in quanto:**

- il beneficiario è **Organizzazione non lucrativa di utilità sociale - O.N.L.U.S.,**
- il beneficiario è **Ente non commerciale** ed il contributo suddetto è destinato a finanziare l'espletamento delle attività istituzionali e il raggiungimento dei fini primari dell'Ente.
- il beneficiario è **Ente non commerciale**, che può svolgere occasionalmente o marginalmente attività commerciali, ma il contributo suddetto non è in relazione ad alcun esercizio d'impresa e non produce reddito di natura commerciale.
- il contributo è destinato a finanziare l'acquisto di beni strumentali.
- Altro) \_\_\_\_\_

**Si allega:**

- Comunicazione superamento periodo di prova del lavoratore assunto in originale;
- Dichiarazione “*de minimis*” o dichiarazione Regolamento UE 651/2014 in originale;
- Copia fotostatica, non autenticata, del documento di identità del dichiarante in corso di validità;

Luogo e data .....

**Timbro e Firma del Dichiaraente**

**La Marca da bollo va applicata ogni 4 pagine.**