



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 I

**FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DIVERSAMENTE ABILI
CONTRIBUTO AZIONE 1 TER**

DICHIARAZIONE REGOLAMENTO CE NR. 651/2014 SEZIONE 6 ART. 32

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Ragione Sociale
_____ con sede legale in _____

Via/Piazza _____

Fax _____ Tel. _____ E.Mail _____

Codice Fiscale Azienda _____ Partita I.V.A. _____

In relazione alla **Richiesta di erogazione del contributo seconda tranche** di cui all'AZIONE 1 TER, per assunzioni a tempo determinato di lavoratori diversamente abili

Preso atto

- Di quanto indicato nel Regolamento n. 651/2014 della Commissione del 17 giugno 2014 che dichiara alcune categorie di aiuti compatibili con il mercato comune in applicazione degli articoli 107 e 108 del Trattato (regolamento generale di esenzione per categoria)
- **Consapevole delle sanzioni penali, nei casi di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000,**

DICHIARA

che l'intensità di aiuto non supera il 50% dei costi ammissibili (sezione 6 – art. 32 punti 2 e 6)¹;

_____ (data)

_____ (Timbro e firma del dichiarante)

¹ I costi ammissibili corrispondono ai costi salariali durante un periodo massimo di 12 mesi successivi all'assunzione;