

FORMAT DOTE CONCILIAZIONE PREMIALITA' ASSUNZIONE

Richiesta di Dote Conciliazione Premialità Assunzione

RICHIESTA DI DOTE CONCILIAZIONE PREMIALITA' ASSUNZIONE

ASL

Sede di _____

Io sottoscritto/a
 nato/a a il
 e residente a in Via n. C.A.P.
 CF in qualità di legale rappresentante
 dell'impresa
 con sede legale in via e n. civ. città e
 provincia Telefono E-mail

 e
 con sede operativa⁴ in via e n. civ.
 città e provincia
 Telefono E-mail

CHIEDO

il riconoscimento della *Dote Conciliazione Premialità Assunzione*, del valore unitario di € 1.000,00, e che la stessa venga accreditata sul c/c bancario n. intestato alla suddetta società presso la Banca Agenzia n. via e n. civ. di
 coordinate bancarie (IBAN)

Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal beneficio concesso ex art. 75 DPR 445/2000

DICHIARO

- di avere assunto

Nome
 Cognome
 CF

- che rientra nel target previsto dall'avviso:

- ☐ madre con figli fino a 5 anni di età (compiuti)
- ☐ madre esclusa dal mercato del lavoro
- ☐ madre in condizione di precarietà lavorativa

- che il contratto ha una durata di :

- ☐ almeno sei mesi
- ☐ maggiore di sei mesi (specificare la durata)
- ☐ tempo indeterminato

- che l'ID identificativo della Comunicazione Unificata di Assunzione è:

☐ di non aver richiesto, per la stessa persona assunta, la *Dote Conciliazione Premialità* presso altre ASL

☐ di essere assoggettato a ritenuta d'acconto ai sensi dell'art. 28 comma 2 D.P.R. 600 del 29/9/1973 ☐ di non essere assoggettato (allegata dichiarazione di esenzione della ritenuta ex art. 28, DPR 600/1973).

⁴ Da compilare solo se diversa dalla sede legale

**Dichiarazioni in materia di concorrenza e aiuti di stato (art. 3 c. 8 lett. D)
Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

L'IMPRESA DICHIARA

- ☐ che alla data della presente domanda l'impresa beneficiaria ha conseguito agevolazioni a titolo di de minimis nei tre anni precedenti, e che l'importo complessivamente ricevuto nell'ultimo triennio, compreso il presente contributo, non supera la soglia di € 500.000,00 (Decisione 28/5/2009 n. 248/09 Commissione UE);
- ☐ non ha beneficiato di alcun contributo pubblico;
- ☐ non ha beneficiato di nessuno degli aiuti di Stato dichiarati illegali o incompatibili dalla normativa comunitaria in materia.

DICHIARA ALTRESI'

- che l'impresa è:
 - ☐ una media impresa è definita come un'impresa il cui organico sia inferiore a 250 persone e il cui fatturato non superi 50 milioni di euro o il cui totale di bilancio annuale non sia superiore a 43 milioni di euro;
 - ☐ una piccola impresa è definita come un'impresa il cui organico sia inferiore a 50 persone e il cui fatturato o il totale del bilancio annuale non superi 10 milioni di euro;
 - ☐ una microimpresa è definita come un'impresa il cui organico sia inferiore a 10 persone e il cui fatturato o il totale di bilancio annuale non superi 2 milioni di euro;
- che l'impresa è regolarmente costituita in quanto iscritta e attiva nel registro delle imprese della Camera di Commercio di
- che l'impresa è nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria, liquidazione coatta amministrativa;
- che l'impresa opera nel pieno rispetto delle vigenti norme urbanistiche, sul lavoro, sulla prevenzione degli infortuni e sulla salvaguardia dell'ambiente.

Allegati:

- copia di: ☐ lettera di assunzione o ☐ contratto sottoscritto dall'impresa/lavoratore;
- copia del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante;
- autocertificazione dello status occupazionale sottoscritta dalla persona assunta;
- copia del documento di identità in corso di validità della persona assunta.

LUOGO e DATA.....

LUOGO e DATA

Per accettazione L'ASL _____
(Timbro e Firma leggibile)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La sottoscritta
nata a (....) il
residente a Prov. in Via n°
CF.....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/00 e che, inoltre, qualora emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/00)

DICHIARA

Di essere madre

- ☐ madre esclusa dal mercato del lavoro
☐ madre in condizione di precarietà lavorativa

Con figli fino a 5 anni di età (compiuti):

Specificare età dei figli:

1.
2.
3.

..... li,

La dichiarante

Allegato:

- copia del documento di identità in corso di validità.

METTERE LA DENOMINAZIONE DEL PROPRIO ENTE

OGGETTO:

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di

- ☐ Titolare della ditta individuale
- ☐ Legale rappresentante della società, ente, organizzazione, ecc.

Denominazione _____

Scopo sociale/Attività esercitata _____

Tipologia¹ _____

con sede in _____ via _____

codice fiscale _____ P.IVA _____

relativamente al contributo richiesto di € _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e che codesta Amministrazione ha la facoltà di effettuare controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni rese,

dichiara

ai fini dell'applicazione della ritenuta del 4% prevista dal secondo comma dell'art. 28 del D.P.R. n. 600 del 29/09/1973 che **il contributo oggetto della richiesta** cui viene allegata la presente dichiarazione è da considerarsi come segue²:

a) Società commerciali, enti commerciali, persona fisica imprenditore, soggetti esercitanti attività d'impresa

- ☐ da assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto contributo in conto esercizio;
- ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto contributo in conto impianti, riferito a beni da ammortizzare;
- ☐ da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, per le disposizioni normative esposte di seguito ³

b) Enti non commerciali

- ☐ contributo in conto esercizio:
 - da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto il beneficiario si qualifica come:
 - ONLUS
 - Associazione di volontariato iscritta nei registri di cui alla L. 266/1991
 - Altro (specificare esattamente le caratteristiche soggettive da cui deriva l'esenzione)

¹ Ad es. cooperativa sociale di tipo B, ecc.

² Barrare la parte che interessa

³ Indicare la fattispecie e i riferimenti normativi

- da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, in quanto il contributo verrà impiegato nell'ambito di attività istituzionali
 - da NON assoggettare alla ritenuta del 4%, per le disposizioni normative esposte di seguito ⁴
-

- da assoggettare alla ritenuta del 4% in quanto il contributo verrà impiegato nell'ambito di attività commerciale

o contributo in conto impianti:

- da NON assoggettare alla ritenuta del 4%

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

I dati contenuti nella presente dichiarazione sono necessari ed utilizzati esclusivamente per attività istituzionali. Le operazioni di trattamento dei dati saranno effettuate con l'ausilio di mezzi informatici e comprenderanno operazioni di registrazione e archiviazione. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. La mancata indicazione di uno/alcuni/tutti gli elementi richiesti comporterà la sospensione del pagamento.

Si allega copia fotostatica del documento d'identità.

Luogo, _____ data _____

Firma (il/la dichiarante)

⁴ Indicare la fattispecie e i riferimenti normativi

Dote conciliazione - Sportelli ASL -

aperti al pubblico dal lunedì al venerdì ore 9 - 12

Sede di Mantova

Sportello Conciliazione ASL: presso Direzione Sociale, Via Toscani 1, Palazzina 10
☎ 0376.334045 – *Cordioli Isabella* - ☎ 0376.334554 *Zoboli Serena*

Sedi distrettuali

Sportello Unico ASOLA

Via Mazzini 48 - *Torreggiani Roberta* ☎ 800. 679996 - 0376.334010

Sportello Unico GUIDIZZOLO - sede di Goito

SS Goitese, 313 - *Terzi Donatella* ☎ 800.378088 - 0376.689902

Sportello Unico OSTIGLIA

Via Belfanti, 1 - *Balasini Rossella* ☎ 800.379177- 0386.302069

Sportello Unico SUZZARA

Consultorio Familiare — Via Cadorna, 2 - *Vasconi Angela* ☎ 0376.331454

Sportello Unico VIADANA

Largo De Gasperi, 7 - *Biacchi Giancarla* ☎ 800.391533 – 0375.789805

Si consiglia di fissare telefonicamente un appuntamento