

Al Comune di Selargius
Area Politiche Sociali, P.I.- Promozione Culturale e Sportiva
Servizio Reinserimento Sociale Soggetti Svantaggiati e Nomadi

Via Istria 1
09047 – Selargius

**OGGETTO: MODULO DI DOMANDA PER L'ASSUNZIONE DI SOGGETTI
SVANTAGGIATI**

DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto _____

Nato/a _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ Via _____ n° _____

C.A.P. _____ Prov. _____

In qualità di legale rappresentante della Ditta/Società/Coop Sociale (denominazione)

Natura giuridica _____ codice fiscale _____

Partita IVA _____

Settore Economico _____

Sede legale in _____ Via/ Piazza _____ n° _____

C.A.P. _____ FAX _____ n° di telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Sotto la propria responsabilità, consapevole che

1. le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 N.445;

2. in caso di dichiarazioni false o non più rispondenti al vero, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 N.445;

DICHIARA

1. di essere disponibile all'assunzione del sig./sig.ra _____, con la mansione di _____ con un contratto di lavoro individuale della tipologia di seguito indicata.

Mansione	Tipologia assunzione			Indicare i gg. lavorativi della settimana	Orario di lavoro giornaliero
	Parte -Time	Full time	Durata (indicare il periodo)		
Tempo determinato					
Tempo indeterminato					

2. che il C.C.N.L. applicabile è quello relativo a _____

3. di essere consapevole che il contributo concesso sulla base della tipologia del contratto di lavoro stipulato, verrà liquidato in considerazione dei giorni lavorati, dietro presentazione di:

- copie regolari buste paga, quietanziate dal lavoratore;
- dichiarazione del consulente del lavoro sul costo sostenuto dal datore di lavoro per il lavoratore interessato per la mensilità da liquidare.

4. di essere in regola con gli adempimenti previsti dal Dlgs. 626/94 e successive modificazioni;
5. di essere in regola con i versamenti contributivi ed assicurativi
6. che l'assunzione verrà regolarizzata a conclusione del presente procedimento amministrativo, ossia dopo il ricevimento della comunicazione di avvenuta approvazione della medesima richiesta.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei dati personali.

Al fine dell'accreditamento del contributo sopra richiesto si indicano di seguito le coordinate bancarie: C/C. Bancario n° _____ intestate a nome di _____ presso la Banca _____ Agenzia di _____

ABI _____ CAB _____

CODICE IBAN _____

Lì _____

(Timbro della Ditta/Società)

(Firma del legale rappresentante)

Allegati :

1. Copia documento d'identità del sottoscrittore della domanda
2. Copia visura camerale, oppure iscrizione anagrafe tributaria