**MODULO A**

**ISTANZA PER L’OTTENIMENTO DEL BONUS ASSUNZIONALE 2020**

**Spett.le Comune di Garbagnate Milanese**

**P.zza De Gasperi, 1**

**20024 Garbagnate Milanese**

Il sottoscritto …………………………………….…………………………………………………………………………

nato il ………………………………….. a ……………………………………………………………………..…….…..

in qualità di ………………………………………………………...……………………………………………….……..

dell’impresa/società…………………………………..…………….……………………………………………………..

con sede legale in ………………………………………………….………………………………………………..……

con sede operativa in ………………………….……………………………………………………………………………

codice fiscale ………………………………………………………………………………………………..………..…….

partita I.V.A. ……………………………………………………………………………..……………….….……………..

tel. ……………………………….……………………….………. PEC ……………………………….………………….

I.N.A.I.L. codice impresa ………………………………….……… N. PAT. ….…………………….….…………..……

Sede competente……………...……………………………………………………………...……………………………..

I.N.P.S. matricola azienda …………………………………………… sede competente ………………………………..

Codice attività …………………………………………………………………………………………………..………….

Dimensione aziendale: 🗖da 0 a 5 🗖da 6 a 15 🗖da 16 a 50 🗖da 51 a 100 🗖oltre

CCNL applicato: ………………………………………………………………………..……………………………….…

**INTENDE PARTECIPARE AL BANDO PER L’OTTENIMENTO DEL BONUS ASSUNZIONALE**

A tal fine dichiara: ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 quanto segue:

1. di essere:

🗖Libero Professionista

🗖impresa/società singola;

🗖SNC – società in nome collettivo;

🗖SAS – società in accomandita semplice;

🗖SRL – società a responsabilità limitata;

🗖SPA – società per azioni;

🗖SAPA – società in accomandita per azioni;

2. che la ditta è iscritta al Registro delle Imprese presso la CCIAA di ..............................................................................

al n. REA ….............................…………………………….. in data …………….............................................................

capitale sociale di € ………………….......................... attività d’impresa ..………………….……………………………

Tribunale Civile - sez. Fallimentare di ................................................... Comune di ………............................................

Agenzia delle Entrate competente di ................................................................................................................................

Comune di: …………………................................................................................................. Prov. .................................

3. che l**’Impresa NON si trova** in alcuna delle condizioni sotto riportate:

**a.** delitti, consumati o tentati, commessi con finalità di terrorismo, anche internazionale, e di eversione dell’ordine costituzionale reati terroristici o reati connessi alle attività terroristiche;

**b.** delitti di cui agli articoli 648-bis, 648-ter e 648-ter.1 del codice penale, riciclaggio di proventi di attività criminose o finanziamento del terrorismo, quali definiti all’art. 1 del D. Lgs. 22 giugno 2007, n. 109 e successive modificazioni;

**c.** sfruttamento del lavoro minorile e altre forme di tratta di esseri umani definite con il D. Lgs. 4 marzo 2014, n. 24;

**d.** condanne in corso, con sentenze passate in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile;

**e.** insussistenza delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall’articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all’articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;

**f.** violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o i contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui sono stabiliti;

**g.** di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro;

**h.** di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con continuità aziendale, di amministrazione controllata o straordinaria;

**i.** di non essere in una delle condizioni di “difficoltà” previste dalla Comunicazione della Commissione Europea 2004/C 244/02 in materia di Orientamenti Comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione di imprese in difficoltà;

l. di aver selezionato il lavoratore residente a Garbagnate Mil.se (da almeno 5 anni) tramite AFOL Metropolitana.

**DICHIARA INOLTRE:**

1. che il personale dipendente alla data del 1 gennaio 2020 è pari a N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 che il personale dipendente nel corso dell’anno 2020 aumenterà di n. \_\_\_\_\_\_\_\_ unità

2.di effettuare le seguenti assunzioni di personale residente nel Comune di Garbagnate Mil.se da almeno 5 anni:

|  |  |
| --- | --- |
| **Assunzione dipendente a tempo pieno e indeterminato**  | **n.** |
| A. Di cui (se del caso) disoccupato under 40 da almeno due anni | n. |
| B. Di cui (se del caso) disoccupato over 40 da almeno due anni |  |
| C. Di cui (se del caso) disoccupato over 50 |  |
| D. Di cui (se del caso) trasformazione del rapporto di lavoro tempo pieno da tempo determinato a tempo indeterminato | n. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assunzione dipendente a tempo pieno determinato (contratto di almeno 12 mesi)** | **n.** |
| A. Di cui (se del caso) disoccupato under 40 da almeno due anni | n. |
| B. Di cui (se del caso) disoccupato over 40 da almeno due anni |  |
| C. Di cui (se del caso) disoccupato over 50 |  |
| Di cui (se del caso) disoccupato da almeno due anni | n. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assunzione dipendente a tempo part time indeterminato**  | **n.** |
| A. Di cui (se del caso) disoccupato under 40 da almeno due anni | n. |
| B. Di cui (se del caso) disoccupato over 40 da almeno due anni |  |
| C. Di cui (se del caso) disoccupato over 50 |  |
| D. Di cui (se del caso) trasformazione del rapporto di lavoro tempo pieno da tempo determinato a tempo indeterminato | n. |
| Indicare la percentuale del tempo parziale ( se si sono verificate due o più assunzioni a tempo part time indicare la somma. Es: 1 dipendente part time al 70% e 1 dipendente part time al 50% indicare la somma di 120%) | % |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assunzione dipendente a tempo part time determinato (contratto di almeno 12 mesi)** | **n.** |
| A. Di cui (se del caso) disoccupato under 40 da almeno due anni | n. |
| B. Di cui (se del caso) disoccupato over 40 da almeno due anni |  |
| C. Di cui (se del caso) disoccupato over 50 |  |
| Indicare la percentuale del tempo parziale ( se si sono verificate due o più assunzioni a tempo part time indicare la somma - Es 1 dipendente part time al 70% e 1 dipendente part time al 50% indicare la somma di 120%) | % |

Sottoscrive la presente dichiarazione consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili in caso di dichiarazioni false o incomplete.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro della ditta

**N.B.:** Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.