

**AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI INCENTIVI ALLE IMPRESE  
PER FAVORIRE L'INSERIMENTO DI PERSONE CON DISABILITÀ  
NEL MERCATO DEL LAVORO  
ANNO 2024**

**RICHIESTA DI EROGAZIONE DELL'INCENTIVO**

**CUP** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, in qualità di  
legale rappresentante/ titolare dell'impresa \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che l'incentivo concesso con provvedimento dirigenziale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,  
per un importo pari ad euro \_\_\_\_\_ relativo all'assunzione del/la signor/ra  
\_\_\_\_\_ sia erogato mediante accredito sul C/C  
aziendale avente il seguente IBAN \_\_\_\_\_:

in anticipo, in un'unica soluzione di importo pari a quello assegnato; allega alla presente la  
fideiussione, come richiesto dall'Avviso;

a rendiconto.

**DICHIARA CHE L'IMPRESA**

1. è in regola con i versamenti dei contributi previdenziali, assistenziali ed assicurativi nei confronti di INPS e INAIL;
2. ha corrisposto regolarmente al lavoratore incentivato le retribuzioni relative al periodo di finanziamento;
3. allega alla presente la dichiarazione fiscale di assoggettabilità a ritenuta d'acconto e l'eventuale documentazione prevista dall'avviso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Allegare copia di un documento di identità personale se non firmato digitalmente*