

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

SOSTITUZIONE LAVORATORE INCENTIVATO

CODICE PROGETTO _____

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

COMUNICA

che in data _____ è cessato il rapporto di lavoro con il/la sig./sig.ra
_____, per la seguente motivazione _____

DICHIARA

1. di aver assunto in data _____, presso l'unità operativa ubicata in Valle d'Aosta il/la sig./ra _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____;
2. che il lavoratore di cui al punto 1. era disoccupato alla data di assunzione ed era iscritto da almeno 6 mesi negli elenchi di cui all'art. 8 della legge 68/1999 (collocamento mirato);
3. che il lavoratore, alla data di assunzione, era residente in Valle d'Aosta da almeno 6 mesi;
4. che il contratto di lavoro fa riferimento al CCNL (*specificare a quale categoria fa riferimento*) _____ (ore settimanali previste da CCNL per il tempo pieno n. _____) con orario
 a tempo pieno
 a tempo parziale nella percentuale del _____ (*non può essere inferiore al 50%*) con

numero di ore settimanali pari a _____;

5. che il rapporto di lavoro è a tempo

indeterminato

determinato (*non può essere inferiore a 12 mesi*) per il periodo dal _____ al _____.

6. che il rapporto di lavoro non è riferito ad un contratto di apprendistato o contratto di lavoro intermittente (c.d. a chiamata) o contratto di lavoro in somministrazione;

7. che il lavoratore non è titolare di cariche nell'ambito dell'impresa;

8. che il lavoratore non è socio dell'impresa;

9. che il lavoratore non appartiene alla famiglia anagrafica del sottoscritto, di un socio dell'impresa o di colui che riveste cariche all'interno della stessa.

Firma del legale rappresentante/titolare*

***Allegare copia documento di identità salvo in caso di apposizione di firma digitale.**