

**Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
Direzione Centrale Lavoro, Formazione, Istruzione e Famiglia**

Servizio interventi per i lavoratori e le imprese

**FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ DI CUI  
ALL'ARTICOLO 39 DELLA LEGGE REGIONALE 18/2005  
EROGAZIONE CONTRIBUTO  
per gli interventi di cui agli articoli 11, 12 e 17 del D.P.Reg. 177/2020**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà  
(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

<b>IL SOTTOSCRITTO</b>	
<b>DATI PERSONALI DEL DATORE DI LAVORO O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE</b>	
Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Nato a (Comune Cap Provincia)	
In data (GG/MM/AAAA)	___/___/_____
<b>IN QUALITA' DI TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE</b>	
<b>DATI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO</b>	
Denominazione o Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita Iva	
Sede Legale: Via/Piazza n.	
Comune Cap Provincia	
Telefono o Cellulare	
e-mail	_____
<b>PEC –</b>	

## DICHIARA

che, per la domanda di contributo di cui all'oggetto, relativa al seguente lavoratore/tirocinante:

Cognome e nome:	C.F.:
-----------------	-------

Periodo di fruizione dell'intervento per: <input type="checkbox"/> accessibilità al posto di lavoro, la mobilità e gli spostamenti <input type="checkbox"/> congedo per riabilitazione <input type="checkbox"/> tirocinio:  dal ___/___/_____ al ___/___/_____
---

Per gli incentivi di cui all'art. 11 del D.P.Reg. 177/2020

- le spese effettivamente sostenute e riconducibili all'intervento autorizzato sono pari ad € \_\_\_\_\_ come da allegata documentazione giustificativa (documenti di spesa debitamente quietanzati e, qualora i costi non siano stati anticipati dal datore di lavoro, dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante attestante l'impegno a rimborsare al lavoratore le spese sostenute per il raggiungimento del posto di lavoro, nella misura dell'incentivo erogato)

Per gli incentivi di cui all'art. 12 del D.P.Reg. 177/2020

- le spese effettivamente sostenute e riconducibili all'intervento autorizzato sono pari ad € \_\_\_\_\_ come da seguente prospetto riepilogativo:

N. TOTALE ORE DEDICATE ALLA RIABILITAZIONE	COSTO SALARIALE LORDO ORARIO DEL LAVORATORE	TOTALE CONTRIBUTO RICHIESTO
n. _____ ore	€ _____	€ _____

Per gli incentivi di cui all'art. 17 del D.P.Reg. 177/2020

- nel periodo previsto dall'intervento le spese effettivamente sostenute per l'indennità di partecipazione erogata al tirocinante sono pari ad € \_\_\_\_\_ come da **allegato prospetto riepilogativo** del costo sostenuto, debitamente sottoscritto dal datore di lavoro o dal consulente/commercialista.

Le buste paga del lavoratore sono conservate presso il datore di lavoro per eventuali controlli predisposti dall'Amministrazione regionale.

### Dichiara altresì:

che l'Azienda/cooperativa/organizzazione non versa in condizioni di difficoltà, in particolare e non soddisfa le condizioni previste dal diritto nazionale per l'apertura nei propri confronti di una procedura concorsuale per insolvenza

Documento sottoscritto digitalmente o con firma autografa<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il presente modello è una dichiarazione sostitutiva e pertanto va firmata dal legale rappresentante o dal titolare dell'impresa e deve essere sottoscritto o digitalmente o con firma autografa. In questo caso deve essere allegato il documento di identità.