COD: **DSB**

MODULO RICHIESTA CONTRIBUTO ASSUNZIONE DISABILI

DATI STUDIO – AZIENDA

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____

In qualità di legale rappresentante dello studio/azienda:

Nome/Ragione sociale _____ C.F. _____

P.I._____ con sede in _____

Via _____ n._____ Prov _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

RICHIEDE IL CONTRIBUTO PER L'ASSUNZIONE DEL LAVORATORE:

Nome _____ Cognome _____

C.F. _____

A tal fine, alla presente domanda si allega la documentazione prevista da regolamento;

Per l'accredito del contributo spettante si forniscono le seguenti coordinate bancarie:

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000:

- **Di aver preso visione del regolamento per il contributo relativo all'assunzione a tempo indeterminato dei lavoratori disabili;**
- Di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000);
- Di aver preso visione dell'informativa sulla privacy presente sul sito www.ebipro.it;
- Di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679.

Luogo e Data *Timbro e firma del Legale Rappresentante p.t.*

_____ _____