

**COD: SMM**  
**MODULO RICHIESTA CONTRIBUTO**  
**STABILIZZAZIONE LAVORATORI ASSUNTI PER RAGIONI SOSTITUTIVE**

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 LA TRASFORMAZIONE A TEMPO INDETERMINATO DEL RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO ATTIVATO PER (barrare la pertinente opzione)**

- SOSTITUZIONE MATERNITA'
- SOSTITUZIONE MALATTIA (superiore a 30 gg.)

**DEL DIPENDENTE:**

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 alla stabilizzazione dei lavoratori assunti per ragioni sostitutive (maternità e malattia superiore a 30 gg.);**
- 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](http://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.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_