

**INCENTIVI PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO**

Anno 2024

|  |  |
| --- | --- |
| Marca da Bollo euro 16,00 | Alla Regione del Veneto  Direzione Lavoro  [lavoro@pec.regione.veneto.it](mailto:lavoro@pec.regione.veneto.it) |

L’apposizione della marca da bollo non è dovuta nei casi previsti dalla Legge.

Il sottoscritto ….............................................. CF …........................................... in qualità di …......................

dell'Azienda ….......................................... CF …............................................

dichiara

di aver assunto con contratto a tempo determinato dal …............... al ………..……..

presso la sede operativa di ………………………..[[1]](#footnote-1)

il lavoratore[[2]](#footnote-2) …........................................ CF...........................

Per accedere al beneficio il lavoratore deve trovarsi in almeno una delle seguenti condizioni:

* non ha avuto alcun rapporto di lavoro negli ultimi 6 mesi[[3]](#footnote-3)
* con almeno 45 anni di età

L’agevolazione è riconosciuta a verifica della permanenza del rapporto di lavoro per un mimino di 3 mesi fino al massimo di 12 mesi. [[4]](#footnote-4)

Ai sensi e per gli effetti della disciplina sugli aiuti di stato il datore di lavoro chiede che (indicare **obbligatoriamente** una delle seguenti opzioni) [[5]](#footnote-5):

* L’incentivo all’assunzione sia erogato in regime di esenzione (Reg UE 651/2014) dichiarando che l’assunzione del lavoratore con disabilità rappresenta un incremento netto dell’occupazione per l’impresa;

OPPURE

* L’incentivo all’assunzione sia erogato in regime *de minimis*[[6]](#footnote-6).

Ai fini della notifica o della comunicazione su RNA (Registro Nazionale degli Aiuti) si specifica che l’azienda/impresa che ha proceduto all’assunzione appartiene alla seguente categoria[[7]](#footnote-7):

* microimpresa
* piccola impresa
* media impresa
* grande impresa.
* Di non avere fatto richiesta di incentivi ad altre Pubbliche Amministrazioni per la medesima assunzione.
* Di avere fatto richiesta di incentivi per la medesima assunzione a:[[8]](#footnote-8):

…………………………………………………………………

Tipologia di incentivo[[9]](#footnote-9):

Si chiede[[10]](#footnote-10) che l'incentivo[[11]](#footnote-11) sia erogato al seguente IBAN………………………………. intestato a ….....................................................

Per comunicazioni con l'Azienda: Indirizzo pec ……………………………………

Contatto del Referente per la pratica:…………………………………………………...

(cognome e nome) tel.: ………………………e-mail: ………………………………………….

Il datore di lavoro dichiara inoltre:

* di aver preso atto di quanto stabilito nel provvedimento regionale che regola l’intervento;
* di essere consapevole che il presente finanziamento verrà riconosciuto solamente nella misura di quanto consentito dal Registro Nazionale degli Aiuti di Stato (RNA);
* di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati allegata all’avviso pubblico di avvio della presente iniziativa e pubblicata alla pagina internet <https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato> dedicata all’inserimento lavorativo delle persone con disabilità del sito istituzionale della Regione del Veneto.
* di non aver avuto, nei 24 mesi precedenti all’assunzione, alle proprie dipendenze, o alle dipendenze di imprese del medesimo gruppo aziendale, con qualsiasi contratto di lavoro, lo stesso lavoratore per la cui assunzione chiede l’incentivo;
* di non aver effettuato l’assunzione per effetto di una chiamata numerica o a seguito di diffida ad adempiere agli obblighi della legge n. 68/99, inviata dai servizi del collocamento mirato o a seguito di verbale di accertamento dell’Ispettorato del Lavoro;
* di essere in regola con l’applicazione del Contratti collettivi di lavoro sottoscritti dalle OO.SS. e associazioni datoriali comparativamente più rappresentative;
* di essere in regola con i versamenti contributivi ed assicurativi obbligatori;
* di essere in regola con la normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
* di aver assunto la persona disabile senza violare i diritti di precedenza;
* di essere ottemperante, ovvero garantire l’ottemperanza, agli obblighi occupazionali sanciti dalla Legge 68/99[[12]](#footnote-12);
* di non avere a proprio carico procedure per l’emersione del lavoro sommerso, ai sensi dell’art. 1, comma 14, del Decreto Legge 210/02 (coordinato, modificato e convertito nella Legge 266/02);
* che l’impresa non si trova in stato di scioglimento o liquidazione, e che non è sottoposta a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa e amministrazione controllata;
* che l’impresa non ha in corso, oppure attivato nei dodici (12) mesi antecedenti la data di presentazione della domanda di incentivo, procedure di sospensione con ricorso alle casistiche di cui all’art. 3 comma 5 della Legge n. 68/99, ovvero riduzione di personale avente le medesime professionalità del personale assunto o da assumere, escluse procedure di licenziamento per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo o per raggiungimento dei requisiti di pensionamento;
* che l’impresa non è in difficoltà ai sensi dell’art. 1, paragrafo 18, del Reg. (UE) n. 651/2014;
* che l’impresa non è destinataria di un ordine di recupero pendente per effetto di una decisione della Commissione europea che dichiara un aiuto illegale o incompatibile con il mercato interno, o, in tal caso, di aver provveduto alla regolarizzazione entro la data di presentazione dell’ingiunzione di recupero.

Il sottoscritto dichiara inoltre che le informazioni sopra riportate sono vere e di essere consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazione mendace.

FIRMA

Data ……………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ufficio regionale competente effettuerà i controlli del caso ai fini del riconoscimento del beneficio.

Si allega:

* documento di identità del legale rappresentante in corso di validità se il documento non è firmato digitalmente;

1. Inserire l’indirizzo della sede operativa dove lavora la persona con disabilità per la quale si richiede l’incentivo. [↑](#footnote-ref-1)
2. La persona assunta deve essere stata iscritta alle liste del collocamento mirato di un CPI del territorio regionale o almeno possedere i requisiti per l’iscrizione. [↑](#footnote-ref-2)
3. Si intende che nei 6 mesi precedenti l’assunzione, non vi deve essere stato alcun rapporto di lavoro di tipo subordinato o parasubordinato. Il tirocinio o una prestazione occasionale (art. 54 bis D.L.50/2017) non rilevano. [↑](#footnote-ref-3)
4. In caso di successive proroghe con durata del contratto oltre i 12 mesi, il beneficio sarà riconosciuto fino al limite massimo dei 12 mesi. [↑](#footnote-ref-4)
5. Per chiarimenti relativi agli aiuti di stato si veda il documento “Approfondimento sugli [aiuti di Stato” pubblicato al seguente link](file:///C:\Users\gianpietro-pavan1\Downloads\aiuti%20di%20Stato)  <https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato> [↑](#footnote-ref-5)
6. Il datore di lavoro (inteso come Impresa Unica ai sensi del Regolamento 2831/2023) può essere destinatario di risorse pubbliche fino al limite di € 300.000,00 nell’ultimo triennio. [↑](#footnote-ref-6)
7. Per la dimensione dell’impresa si fa riferimento alla classificazione ai sensi dell’allegato I del Reg. 651/2014 (cfr. nota esplicativa sugli aiuti di stato pubblicata al seguente link [https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato](https://spazio-operatori.regione.veneto.it/it/collocamentomirato%20) (Approfondimento sugli [aiuti di Stato)](https://www.regione.veneto.it/documents/60642/3164513/Aiuti+di+Stato_01_07_22.pdf/a7856530-a044-4cfd-b973-0ce66259bd61) [↑](#footnote-ref-7)
8. Il datore di lavoro è consapevole che il totale delle agevolazioni ottenute non deve superare il 100% dei costi totali direttamente riferibili al lavoratore assunto. [↑](#footnote-ref-8)
9. Indicare di quale tipologia di incentivo si è fatto richiesta (es. under 36 /bonus assunzione donne, etc…) [↑](#footnote-ref-9)
10. La richiesta di incentivo deve essere presentata entro 60 giorni dalla data di assunzione. [↑](#footnote-ref-10)
11. L'incentivo è commisurato all'imponibile previdenziale desunto dalle buste paga del lavoratore. In caso di disabilità fisica al datore di lavoro viene riconosciuto un incentivo pari ad una percentuale dell'imponibile previdenziale, così determinata: percentuale d’invalidità meno 25 punti e comunque non inferiore al 30%. In caso di disabilità psichica o intellettiva l’incentivo è pari al 75 % dell'imponibile. Decorsi 3 mesi il datore di lavoro trasmette, in un’unica soluzione, all’indirizzo PEC [lavoro@pec.regione.veneto.it](mailto:lavoro@pec.regione.veneto.it) copia delle prime 3 buste paga. Per i mesi successivi il datore di lavoro può richiedere l’incentivo anche mensilmente. [↑](#footnote-ref-11)
12. Si chiarisce che l'assunzione per la quale si chiede l'incentivo può essere effettuata per assolvere agli obblighi di cui alla legge 68/99. Il datore di lavoro non deve essere in una situazione di irregolarità rispetto alla legge 68/99 nel momento in cui presenta la domanda di incentivo. [↑](#footnote-ref-12)