

## ALLEGATO 1)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE REQUISITI DI AMMISSIBILITA' (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R del 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante dell'impresa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_, Partita IVA n. \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_, in relazione all'Avviso pubblico per la concessione di incentivi ai datori di lavoro a sostegno dell'occupazione per gli anni 2018-2020 - Annualità 2020, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445,

### DICHIARA CHE

alla data di sottoscrizione della presente domanda di contributo, l'impresa/datore di lavoro:

1. è regolarmente iscritto presso il registro delle imprese della CCIAA territorialmente competente con stato attivo, (solo per coloro che sono tenuti a tale adempimento ad esempio imprese, società tra professionisti ecc.);
2. è regolarmente iscritto al relativo albo, elenco, ordine o collegio professionale, ove obbligatorio per legge, iscritto ad associazioni professionali inserite nell'elenco di cui alla L. 4/2013 art. comma 7 e/o alla L. R. n. 73/2008, iscritto alla Gestione Separata dell'INPS come liberi professionisti senza cassa, e – in ogni caso – è in possesso di partita IVA rilasciata da parte delle Agenzia delle Entrate per lo svolgimento dell'attività (solo per i liberi professionisti);
3. è in regola con l'applicazione del CCNL di riferimento;
4. non si trova in stato di fallimento, liquidazione coatta, liquidazione volontaria, concordato preventivo, né ha in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni nei propri confronti;
5. è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori e con le contribuzioni agli Enti Paritetici ove espressamente previsto dai Contratti Collettivi Nazionali Interconfederali o di Categoria;
6. è in regola con le assunzioni previste dalla Legge 68/99 sul collocamento mirato ai disabili;
7. non ha avuto procedure di licenziamento collettivo nei dodici mesi precedenti la data dell'assunzione ai fini dell'incentivo (ai sensi dell'art. 4 e 24 della Legge 223/91 e s.m.i.);

8. alla data dell'assunzione non ha in atto, nelle unità produttive toscane interessate dall'assunzione, sospensioni dal lavoro connesse a trattamenti di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, Fondo di Integrazione Salariale per le causali previste in materia di cassa integrazione guadagni straordinaria o altro ammortizzatore sociale equivalente, salvo i casi di lavoratori assunti/trasformati inquadrati ad un livello diverso da quello posseduto dai i lavoratori sospesi;

Dichiara, inoltre, con riferimento al rapporto di lavoro per il quale viene richiesto il contributo, l'esistenza delle condizioni di cui all'Art. 8 dell'Avviso.

Si impegna, infine, a comunicare via PEC al Settore Lavoro, all'indirizzo [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it), eventuali cause di cessazione/variazione del rapporto di lavoro incentivato, variazioni relative alla ragione sociale del datore di lavoro e/o altre modifiche di rilievo per il contributo concesso (ad es. cambio indirizzo di posta certificata, IBAN ecc.).

Esonera, inoltre, la presente Amministrazione da qualunque responsabilità per il mancato recapito di comunicazioni dovute ad errori e/o mancati aggiornamenti degli indirizzi ufficiali o di altri dati dell'impresa.

La dichiarazione è presentata unitamente a copia fotostatica del documento di identità del legale rappresentante dell'impresa ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Data \_\_\_\_\_

Firma Digitale del Sottoscrittore

\*Per le persone giuridiche (enti, associazioni, etc.) non iscritte in Camera di Commercio si richiede di allegare copia dell'atto costitutivo o documento analogo.