

Allegato 2.a – Domanda di dote

AVVISO “DOTE RITORNO AL LAVORO”:

MISURE A SUPPORTO DELLA PERMANENZA IN AMBITO LAVORATIVO DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI CON RIDOTTE CAPACITÀ A SEGUITO DI PATOLOGIE ONCOLOGICHE O INVALIDANTI ANCHE ATTRAVERSO LO SMARTWORKING

DOMANDA DI DOTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 D.P.R. 28/11/2000, N. 445)

Il/la sottoscritto/a nato/a a il, residente a in via n..... c.a.p prov....., domicilio (se diverso dalla residenza) a in via n..... c.a.p..... prov, con codice fiscale, tel mail ¹.....

CHIEDO

di partecipare all’iniziativa “Dote Ritorno al lavoro”

e a tal fine dichiaro sotto la mia responsabilità:

- di possedere i requisiti specifici previsti dall’Avviso
- di essere occupato nell’impresa (specificare ragione sociale), con sede operativa in Lombardia in via, Comune Prov (....) CF/P.Iva (specificare codice fiscale e/o partita iva dell’azienda).

Specificare tipologia di contratto:

- contratto di lavoro di diritto privato a tempo indeterminato o a tempo determinato (in entrambi i casi sia a tempo pieno, sia a tempo parziale)
- contratto di lavoro intermittente (ai sensi del D.Lgs 81/2015)
- contratto di somministrazione (ai sensi del D.Lgs 81/2015)
- socio lavoratori di cooperative (sia che partecipino o non partecipino agli utili).

Specificare altri requisiti:

- di rientrare sul posto di lavoro a seguito di cure oncologiche o invalidanti:
 - o dopo 6 mesi continuativi di calendario di assenza per malattia
 - o dopo un periodo di assenza per malattia di 6 mesi anche non continuativi negli ultimi 12 mesi (almeno 126 gg lavorative)
 - o dopo un periodo di assenza per malattia anche non continuativo negli ultimi 6 mesi, tale da comportare una presenza sul posto di lavoro inferiore al 60% delle giornate lavorative (almeno 76 gg lavorative)
- di essere possesso dell’invalidità civile pari o superiore al 70%

Specificare operatore accreditato:

id. sede operativa
id. operatore

Ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione, si allega:

- certificazione di invalidità civile

Luogo _____, li _____

Firma _____

¹ L’esito è comunicato al destinatario tramite email così come indicati nella presente domanda di dote.