

- SCARICARE DA FW E COMPILARE -**Attestazione costo orario lavoratori in formazione (dichiarazione dell'ente/impresa)***(Da prodursi su carta intestata ente/azienda)***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(resa ai sensi art. 21 comma 1, art. 38 comma 2 e 3, art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Spett.le **FondER**

Via Vincenzo Bellini, 10

00198 - Roma

Il sottoscritto	(nome)	(cognome)		
nato a	(Comune)	(Prov.)	Il	(data)
Residente a:	(indirizzo)	(Comune)	(Prov.)	
C. F.:				

in qualità di Legale Rappresentante del Soggetto attuatore:

Ente giuridico	(denominazione)		
C.F. :			
P.IVA :			
con sede legale	(indirizzo)	(Comune)	(Prov.)

per il Piano Formativo finanziato da FONDER:

Titolo:		Codice:	
---------	--	---------	--

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), sotto la sua responsabilità

DICHIARA

- che il rispettivo costo orario di ciascun lavoratore dipendente frequentante il corso in oggetto è calcolato suddividendo il costo totale annuo (stipendio lordo annuo - stipendio tabellare + contingenza + retribuzione di anzianità -; 13° mensilità; eventuale mensilità aggiuntiva; T.F.R.; oneri riflessi di carattere previdenziale ed assistenziale previsti dalle normative vigenti) per le ore di lavoro effettivamente lavorate come previsto dal C.C.N.L. del comparto _____ pari a numero ore totali annue _____, come risulta dall'allegata TABELLA relativa alla determinazione analitica di detto costo orario.
- che il/i lavoratore/i lavoratori religiosi frequentanti ha/nno lo status di religioso/a e svolge/ono una mansione lavorativa, riconducibile al livello/categoria/qualifica del CCNL (indicare il CCNL applicato) _____, in riferimento al quale è calcolata la quota oraria commisurata alla retribuzione lorda indicata nella TABELLA allegata.

Dichiara, inoltre, che l'attività formativa si è svolta durante l'orario di lavoro, di aver pagato e liquidato tutti gli emolumenti dovuti e di aver provveduto al versamento di tutti gli oneri previdenziali, assistenziali e fiscali prescritti dalla normativa in vigore.

Ai sensi dell'art. 16 del D.P.R. 445/2000 e nel rispetto del Dlgs. n. 196 del 30.06.2003 i dati personali riportati sulla presente dichiarazione sono relativi a informazioni strettamente necessarie al conseguimento di finalità previste dalle vigenti normative e sono trattati e custoditi esclusivamente dall'ufficio responsabile del procedimento

COSTO ORARIO AZIENDALE DEI LAVORATORI IN FORMAZIONE: COSTO LORDO AZIENDALE PER UN'ORA DI LAVORO

N.	COGNOME E NOME	INQUADRAMENTO CONTRATTUALE IN RIFERIMENTO AL CCNL APPLICATO	RETRIBUZIONE LORDA (A)	ONERI SOCIALI E PREVIDENZIALI (INPS, INPDAP, INAIL) a carico del datore di lavoro (B)	ONERI RIFLESSI O POSTICIPATI (quota TFR, 13a, IRAP) (C)	COSTO ORARO AZIENDALE DEL LAVORATORE (A+B+C)	Status lavoratore dipendente/religioso
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>
							Dip. <input type="checkbox"/> Rel. <input type="checkbox"/>

Si allega copia fotostatica del documento di identità del legale rappresentante firmatario.

Luogo e data,

Il dichiarante

(timbro e firma)
