

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Agenzia del Lavoro
Ufficio legale, amministrativo e contabile
Via R. Guardini, 75
38121 – TRENTO
amministrazione.adl@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO ALLE ESIGENZE
CONCILIATIVE DELLE LAVORATRICI AUTONOME E DELLE IMPRENDITRICI**
(deliberazione della Giunta provinciale n. 2037 del 19/12/2025)

RICHIEDENTE

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

SE “BENEFICIARIO” PERSONA FISICA

☐ **diretto interessato**

SE “BENEFICIARIO” PERSONA GIURIDICA

☐ **legale rappresentante di**

denominazione dell'impresa/società _____

sede legale a _____ prov (____) cap _____

indirizzo _____ n. _____

partita iva _____ codice fiscale _____

RECAPITO PER INVIO COMUNICAZIONI

domicilio fisico (indirizzo richiedente/sede legale):¹

Indirizzo _____ Numero civico _____

Comune _____ (Provincia ____) CAP _____

Stato _____

¹L'amministrazione le invierà le comunicazioni per le quali è necessaria la certezza del ricevimento al domicilio digitale o al domicilio fisico, dando priorità al domicilio digitale. Le altre comunicazioni, comprese quelle di cortesia, potranno essere inviate alla casella email ordinaria indicata in domanda o per mezzo di altri canali.

☐ **domicilio digitale:**

indirizzo PEC (posta elettronica certificata) - **NB: tale indicazione è facoltativa per le persone fisiche, mentre è obbligatoria per le imprese/società/liberi professionisti iscritti in albi ed elenchi/pubbliche amministrazioni**

indirizzo PEC _____

(la seguente dichiarazione è facoltativa)

☐ Il richiedente dichiara di aver eletto/eleggere quale domicilio digitale l'indirizzo PEC sopra indicato, a cui si chiede vengano inviati i documenti e le comunicazioni inerenti la presente domanda

recapito elettronico:

☐ indirizzo di posta elettronica (email **NON PEC**) _____

CHIEDO

la liquidazione della rata relativa al contributo previsto dall'Avviso "Criteri per l'attuazione del sostegno alle esigenze conciliative delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici" approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 2037 del 19/12/2025

Inoltre,

ai sensi degli artt. 46 e dell'art. 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARO

che il/la signor/a _____ nell'ambito dell'iniziativa approvata con determinazione della Dirigente Generale, ha lavorato in qualità di sostituto/a dal _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____:

☐ con un contratto di lavoro subordinato, con orario settimanale di n. ore _____

☐ con contratto di lavoro autonomo o professionale e ha percepito un compenso per la prestazione professionale pari a € _____ (esclusa IVA e inclusa Cassa previdenziale se prevista);

Da compilare solo nel caso di domanda presentata per motivi legati alla gravidanza:

☐ che in data _____ è nato/a il/la proprio/a figlio/a, convivente con la sottoscritta, _____ (indicare cognome e nome del figlio/a);

☐ che in data _____ è nato/a il/la figlio/a, _____ (indicare

cognome e nome del figlio/a) della signora da sostituire _____ (indicare nome e cognome) e con la stessa convivente;

La sottoscritta / Il sottoscritto comunica, inoltre, che il versamento del contributo dovrà essere effettuato sul conto corrente dell'impresa sotto riportato: Codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Istituto bancario)

(Città)

IMPOSTA DI BOLLO (2 euro)

- ☐ sono esente (indicare la causa di esenzione) _____
- ☐ non sono esente e ho adempiuto
- ☐ mediante pagamento del contrassegno apposto sulla domanda
 - ☐ mediante pagamento del contrassegno telematico, di cui riporto gli estremi:
giorno e ora di emissione: _____
identificativo di 14 cifre: _____

☐ dichiaro infine di aver preso visione dell'informativa privacy messa a disposizione dall'amministrazione provinciale alla pagina internet dedicata all'Avviso "Criteri per l'attuazione del sostegno alle esigenze conciliative delle lavoratrici autonome e delle imprenditrici" sul portale istituzionale dell'Agenzia del Lavoro

Luogo e data

FIRMA²

.....

Allego la seguente documentazione:

- ☐ fotocopia del documento d'identità del richiedente (solo se la domanda è sottoscritta con firma **autografa** e inviata tramite servizio postale o posta elettronica)
- ☐ buste paga della/o sostituta/o e della sostituta della sostituta e relative quietanze di pagamento;
- ☐ fatture relative alla sostituzione effettuata con rapporto di lavoro autonomo e relative lettere contabili di pagamento;
- ☐ in sede di saldo, relazione conclusiva di dettaglio sull'attività svolta durante il periodo di sostituzione debitamente sottoscritta dalla richiedente;

²La sottoscrizione della domanda, così come il documento di identità, non sono necessari nel caso di trasmissione da un indirizzo PEC iscritto in INI-PEC, IPA o INAD, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 65 del codice dell'amministrazione digitale.