

*(Stampare su carta intestata dell'Azienda)*

**Alla Direzione della Protezione Civile**  
**Regione/Prov. Autonome** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** emergenza Abruzzo – sisma 6 aprile 2009 – richiesta di rimborso ai sensi dell'art. 9 del D.P.R.194/2001

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto....., nella sua qualità di  
rappresentante legale della Ditta.....  
con sede legale in....., (Prov. ....)  
Via/Piazza.....  
telefono....., fax..... Codice Fiscale .....

E-mail .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 18 comma 3, lett. c), della legge 24.2.1992 n. 225 nonché dell'art. 9 del DPR n. 194/01, che gli vengano reintegrate le spese sostenute come appresso indicato, in esito all'impiego dei seguenti propri dipendenti:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	MATR. AZIENDALE

Chiede altresì che il rimborso complessivo richiesto di €..... (in lettere.....), come risultante dai prospetti individuali allegati, avvenga a mezzo di:

1) accredito sul c/c postale n.....Codice IBAN.....  
2) accredito sul c/c bancario n....., presso la Banca .....  
Agenzia/Filiale..... di..... (Prov. ....)  
Via/Piazza..... ABI..... CAB .....

Codice IBAN.....

Allego ai fini dell'identificazione personale fotocopia di: (tipo di documento).....  
(numero).....rilasciata da..... il.....con scadenza.....

Dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....li.....

.....

(firma del legale rappresentante)

***(Stampare su carta intestata dell'azienda)***

PROSPETTO INDIVIDUALE DEL COSTO A CARICO DEL DATORE DI LAVORO PER L'ASSENZA DEL  
DIPENDENTE.....

NUMERO DI MATRICOLA AZIENDALE .....

DAL.....AL.....

A SEGUITO DELL'IMPIEGO AI SENSI DELL'ART. 18 COMMA 3, LETT. C) DELLA LEGGE  
24.2.1992 N. 225 NONCHE' DELL'ART. 9, COMMA 1, DEL DPR 8 FEBBRAIO 2001 N. 194.

**RETRIBUZIONE**

Stipendio lordo giorni n.....	€.....
Rateo 13ma (gg/365) di ore n....	€.....
Rateo 14ma (gg/365) di ore n....	€.....
Rateo altre mensilità aggiuntive (gg/365) di ore n....	€.....
Rateo permessi retribuiti (gg/365) di ore n....	€.....
Rateo ferie (gg/365) di ore n....	€.....
Rateo ex festività (gg/365) di ore n....	€.....
Rateo ex festività 2/6 e 4/11(gg/365) di ore n....	€.....
<b>TOTALE COSTO RETRIBUZIONI</b>	<b>€.....</b>

**CONTRIBUTI**

I.N.P.S. (.....%)	€.....
I.N.A.I.L.(.....%)	€.....
ALTRI ENTI(.....%)	€.....
T.F.R.	€.....
<b>TOTALE COSTO CONTRIBUTI</b>	<b>€.....</b>
<b><u>TOTALE COSTO COMPLESSIVO</u></b>	<b>€.....</b>

.....li.....

.....

(firma del legale rappresentante)