

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

ATTENZIONE! L'OMESSA DICHIARAZIONE DELLE INFORMAZIONI E DEI DATI SOTTOSTANTI IMPEDIRA' LO SVOLGIMENTO DELLA PROCEDURA AMMINISTRATIVA.

- in qualità di titolare dell'impresa individuale**, che il dipendente assunto non è il coniuge e che NON ha con esso rapporto di parentela (entro il terzo grado) o di affinità (entro il secondo grado) **(3)**
- in qualità di legale rappresentante della società**, che il dipendente assunto non è coniuge e NON ha rapporto di parentela (entro il terzo grado) o di affinità (entro il secondo grado) con nessuno dei soci **(3)**

DICHIARA, inoltre

- che il contratto di lavoro dipendente è ancora in essere alla data di compilazione della presente domanda;
- di non aver effettuato licenziamenti di personale per motivi economici (giustificato motivo oggettivo) nell' anno precedente alla data di presentazione della domanda;
- di aver regolarmente versato la contribuzione Enpaf posta in riscossione fino alla data di presentazione della domanda **(4)**;
- che la documentazione allegata è conforme all'originale (art.19 D.P.R. 28 dic. 2000 n.445);
- di aver preso visione dell'allegata informativa resa dall'ENPAF ai sensi dell'art.13 del Regolamento Generale sulla Protezione di Dati (GDPR, 2016/679/UE).

A TAL FINE ALLEGA:

- visura camerale aggiornata alla data di presentazione della domanda;
- copia del contratto di lavoro dipendente stipulato con il farmacista iscritto all'Albo **(5)**;
- copia delle comunicazioni obbligatorie di assunzione previste dalla vigente normativa;
- copia delle buste paga, emesse in conformità alla normativa vigente, dell'intero periodo per il quale si richiede il contributo unitamente a quella relativa al mese in cui viene presentata la domanda;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- dichiarazione sostitutiva del farmacista collaboratore resa sul modello DIS **(6)**;
- copia della quietanza di pagamento del contributo Enpaf, se effettuato nei trenta giorni precedenti la domanda.

(data)

(firma)

NOTE per la compilazione della domanda

- (1) La spedizione deve avvenire tramite raccomandata A/R ovvero tramite PEC. In ogni caso, il mezzo di trasmissione deve essere tracciabile e riportare la data e l'orario dell'invio. Ove l'orario non sia rilevabile, la domanda si considererà pervenuta alle ore 23,59 del giorno di spedizione. Se l'invio della domanda avviene tramite PEC, gli allegati devono essere numerati e trasmessi in formato PDF.
- (2) Il farmacista, al momento dell'assunzione, deve avere un'età non superiore a 30 anni oppure essere disoccupato involontario da almeno 6 mesi ed avere un'età pari o superiore a 50 anni. E' richiesta la stipula di un contratto di lavoro di lavoro subordinato a tempo indeterminato con la qualifica non inferiore a quella di collaboratore di farmacia privata oppure, se l'assunzione riguarda un farmacista impiegato in parafarmacia, può essere utilizzato il CCNL del settore Commercio purché con inquadramento non inferiore al III livello.
- (3) PARENTELA E AFFINITA'

GRADI	PARENTI	AFFINI
I	Genitori, figli	Suoceri, generi e nuore
II	Nonni, nipoti (figli dei figli), fratelli e sorelle	cognati
III	Bisnonni, bisnipoti (figli dei nipoti da parte dei figli); zii (fratelli e sorelle dei genitori) e nipoti (figli di fratelli e sorelle)	

E' equiparata al coniuge la parte dell'unione civile (Legge n.76 del 20 maggio 2016).

N.B. Nel caso in cui il datore di lavoro sia una società, il farmacista assunto NON deve essere coniuge, parente o affine di nessuno dei soci.

- (4) Se il dichiarante è il rappresentante legale della società, il requisito della regolarità contributiva deve essere soddisfatto da tutti i soci farmacisti iscritti. In caso di pagamento del contributo Enpaf effettuato nei trenta giorni precedenti la domanda, si richiede di allegare copia della quietanza di pagamento.
- (5) In caso di conversione di precedente contratto a termine, allegare anche il primo contratto stipulato con il lavoratore.
- (6) L'invio del modello DIS è richiesto se l'assunzione riguarda un farmacista disoccupato da almeno sei mesi e con almeno 50 anni di età.

NOTA PER IL TRATTAMENTO FISCALE DEL CONTRIBUTO

Il contributo a sostegno dell'occupazione rientra nell'ambito dei contributi previsti dall'art.28, secondo comma, del DPR n.600/73 e quindi è soggetto ad una ritenuta del quattro per cento a titolo di acconto sulle imposte che il beneficiario dovrà versare.

DA COMPILARSI A CURA DEL FARMACISTA DIPENDENTE SE CON ALMENO 50 ANNI DI ETÀ' (1)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di certificazione e di atto notorio

(D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, articoli 46 e 47)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ codice fiscale _____

collaboratore a tempo indeterminato

della farmacia denominata _____

della parafarmacia denominata _____

in relazione alla domanda per il contributo a sostegno dell'occupazione presentata dal proprio datore di lavoro

_____ (indicare cognome e nome del titolare della ditta individuale o del legale rappresentante della società)

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che all'atto della stipula del contratto di lavoro a tempo indeterminato avvenuta in data _____ si trovava in condizione di disoccupazione temporanea ed involontaria, come da allegata dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro rilasciata al Centro per l'Impiego a seguito di sottoscrizione del Patto di Servizio personalizzato **(2)**;

di aver preso visione dell'informativa resa dall'ENPAF ai sensi dell'art.13 del Regolamento Generale sulla Protezione di Dati (GDPR, 2016/679/UE) 2016/679/UE).

ALLEGA COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ

_____ (data)

_____ (firma)

(1) Per l'erogazione del contributo al datore di lavoro è necessario che il farmacista assunto a tempo indeterminato, oltre al requisito dell'età anagrafica, abbia un'anzianità di disoccupazione involontaria pregressa di almeno sei mesi.

(2) In caso di conversione di precedente contratto a termine la condizione di disoccupazione deve riferirsi alla data della prima assunzione. In tale circostanza, è necessario produrre il certificato storico lavorativo.

ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA FARMACISTI -
FONDAZIONE ENPAF

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE (GDPR)

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento 2016/679/UE (GDPR), i dati forniti dal richiedente con la compilazione della *"domanda per il contributo a sostegno dell'occupazione"* e quelli forniti dagli interessati nei suoi allegati saranno trattati anche in maniera automatizzata e nel rispetto della vigente normativa. I dati saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria dell'istanza, come ad esempio l'accertamento della sussistenza dei requisiti per ottenere il contributo anzidetto e, nel caso di accoglimento della domanda, per la gestione amministrativa e contabile inerente all'erogazione del contributo stesso.

Il conferimento al trattamento dei dati ha natura facoltativa, ma necessaria per perseguire le finalità per cui gli stessi sono raccolti. Il loro mancato, parziale o inesatto conferimento, pertanto, ha come conseguenza l'impossibilità per il Titolare di gestire la domanda in argomento e di dare corso a tutte le attività ad essa correlate e funzionali.

I dati personali degli interessati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra indicate e, successivamente, per il termine ulteriore che si renderà necessario per l'espletamento di obblighi di legge e per la gestione di eventuale contenzioso.

I dati forniti, fatti salvi eventuali obblighi di legge, non saranno diffusi o comunicati a soggetti diversi da parte del Titolare, dei Responsabili e delle persone all'uopo autorizzate al trattamento e, in applicazione delle vigenti disposizioni normative, da parte di altre Pubbliche Amministrazioni.

L'interessato potrà esercitare sui propri dati i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR fra i quali, in particolare, quello di chiederne al titolare del trattamento l'accesso e la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione al trattamento, oltre al diritto alla portabilità nei casi previsti dalle norme. In caso di violazione delle norme relative al trattamento dati personali, l'interessato può presentare reclamo all'Autorità Garante competente i cui recapiti sono rinvenibili sul sito www.garanteprivacy.it.

Titolare del trattamento dei dati è E.N.P.A.F., Viale Pasteur 49 - 00144 Roma, Tel. 065471111. Il Responsabile Protezione Dati è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@enpaf.it
