

CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA

_____, li ____/____/____

Spett.le

Fondo

Via _____

_____ - _____

e p.c

Spett.le

Fondo Conoscenza

Corso d'Italia, 39

00198 – Roma

Pec: amministrazione@pec.fondoconoscenza.it

RACCOMANDATA A.R.

Oggetto: Richiesta di portabilità risorse per la Formazione Continua a Fondo Conoscenza, a norma dell'art. 19, comma 7-bis, della Legge n. 2 del 28 gennaio 2009 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____, residente a _____ Prov. _____, Via
_____ n. _____, CAP _____, Codice Fiscale
_____, Telefono _____, in qualità di legale
rappresentante dell'Azienda _____, Codice Fiscale
_____, P. IVA _____, con sede in
_____ Prov. _____, Via _____ n. _____
CAP _____, Telefono _____, Fax _____, e-mail
_____, PEC _____, Matricola/e INPS n.
_____.

considerato che

con la denuncia contributiva INPS del mese di _____ dell'anno _____ l'Azienda rappresentata ha effettuato l'adesione a Fondo Conoscenza (FCON), riconosciuto dal Ministero del Lavoro con D.M. del 2 marzo 2015, con contestuale revoca dell'adesione a _____ (*precedente Fondo*);

chiede

il trasferimento delle quote di adesione a Fondo Conoscenza (FCON) nella misura e alle condizioni previste dall'art.19, comma 7-bis, della Legge n. 2 del 28 gennaio 2009 e successive modifiche ed integrazioni, per tutte le posizioni contributive dell'Azienda rappresentata aderenti a codesto Fondo.

A tal fine dichiara:

Ai sensi degli articoli 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

che l'Azienda rappresentata è un datore di lavoro le cui strutture, in ciascuno dei tre anni precedenti, non rispondono alla definizione comunitaria di micro e piccole imprese di cui alla raccomandazione dell'Unione Europea n. 2003/361/CE.

A tal fine comunica:

che l'IBAN di Fondo Conoscenza è il seguente: **IT12 C056 9603 2200 0000 5118 X75** e che è possibile contattare il suddetto Fondo al numero 06 98960300.

Timbro e firma del dichiarante

Allegati:

- Copia della dichiarazione INPS (DM.10/UNIEMENS o DMAG) di revoca a Fondo _____ e contestuale adesione a Fondo Conoscenza - FCON
- Fotocopia del documento d'identità valido del dichiarante