All'Agenzia Regionale per il Lavoro

della Regione Emilia - Romagna

Ufficio per il Collocamento Mirato

Ambito Territoriale di Ravenna

Fax 0544-266001

PEC :arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it

Allegati: 1

(\*) N. identificativo marca da bollo da € 16,00 per presentazione istanza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) N. identificativo marca da bollo da € 16,00 per rilascio del provvedimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta di sospensione temporanea degli obblighi occupazionali ex art. 3, comma 5 L. 12 marzo 1999, n. 68 ed art. 4, comma 3 DPR 10 ottobre 2000, n. 333.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
|  |
| legale rappresentante dell'azienda |  |
|  |
| con sede legale in |  |
|  |
|  |
| Con unità produttive ubicate nelle province di: |  |
|  |
|  |
| C.F. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| P. IVA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Telefono |  | Fax |  |
|  |
| e-mail  |  | @ |  |
|  |
| PEC  |  | @ |  |
| Codice Ateco |  |

CHIEDE

la concessione della sospensione temporanea degli obblighi di assunzione ai sensi dell'art. 3, comma 5 Legge 12 marzo 1999, n. 68 "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*" e dell'art. 4, comma 3 Decreto del Presidente della Repubblica 10 ottobre 2000, n. 333 "*Regolamento di esecuzione per l'attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 recante norme per il diritto al lavoro dei disabili*", in attesa dell’emanazione del provvedimento che ammette l’impresa ad uno dei seguenti trattamenti:

|  |  |
| --- | --- |
| **C.I.G.S.**  |  |
| Estremi della domanda | del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presentata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Durata programma | dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Durata procedure | dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data accordo sindacale |  |
| **Provincia interessata** |  |
| Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%) |  |

*(ripetere nel caso di più province interessate)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Contratto di solidarietà** |  |
| Estremi della domanda  | del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presentata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data accordo sindacale |  |
| **Provincia interessata** |  |
| Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%) |  |

*(ripetere nel caso di più province interessate)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Fondo di solidarietà di settore** |  |
| Estremi della comunicazione preventiva  | del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presentata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data avvio procedura |  |
| Data fine procedura |  |
| Durata procedura (n. mesi) |  |
| Data accodo sindacale |  |
| **Provincia interessata** |  |
| Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%) |  |

*(ripetere nel caso di più province interessate)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Mobilità** |  |
| Data avvio procedura |  |
| Numero licenziamenti previsti |  |

Dichiara

consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, che quanto sopra corrisponde al vero.

Allega

* copia di un documento d’identità
* per Fondo di solidarietà e Mobilità: copia della comunicazione preventiva
* per CIGS e Contratti di solidarietà: copia della domanda e verbale accordo sindacale

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_