

ALL' AGENZIA REGIONALE LAVORO
COLLOCAMENTO MIRATO
AMBITO TERRITORIALE DI FORLÌ-CESENA
Piazza G.B. Morgagni, 9
47121 FORLÌ (FC)

Email : collocamentomiratoFC@regione.emilia-romagna.it

P.E.C. : arlavoro.FCmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ASSUNZIONE DI
PERSONA ISCRITTA NELL'ELENCO TENUTO AI SENSI DELL'ART. 8 DELLA L.68/1999, DA
AVVIARE IN SOMMINISTRAZIONE PRESSO DATORE DI LAVORO SOGGETTO ALL'OBBLIGO
ASSUNTIVO SANCITO DALLA STESSA LEGGE 68 (ART. 34, CO.3, D.Lgs. 81/2015)**

DATI AGENZIA DI SOMMINISTRAZIONE

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____,
in qualità di legale rappresentante dell'Agenzia di somministrazione

(C.F./Part. I.V.A. _____), con sede legale a _____
prov. (___) C.A.P. _____ in Via _____ n. _____,
telefono n. _____ / _____ ed unità operativa/e ubicata/e in provincia di Forlì-
Cesena, chiede di poter assumere la persona di seguito indicata, iscritta nell'elenco degli
aventi diritto alla tutela del collocamento mirato di cui alla L. n. 68/1999 tenuto dall'Ambito
Territoriale di _____ (*)

(*) E' possibile richiedere l'avviamento di lavoratori anche non iscritti negli elenchi tenuti ai sensi della L.68/99 dal Collocamento
Mirato Ambito Territoriale di Forlì-Cesena, purché gli stessi siano iscritti negli elenchi tenuti ai sensi della L.68/99 da uno degli Ambiti
Territoriali della Regione Emilia- Romagna.

DATI ANAGRAFICI
LAVORATORE/TRICE

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ (___) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. _____) C.A.P. _____ in
Via _____ n. _____
domiciliato/a a _____ (prov. _____) C.A.P. _____ in
Via _____ n. _____

DATI AZIENDA UTILIZZATRICE

A tal fine, comunica che il lavoratore/la lavoratrice sarà inviato/a in missione presso
l'Azienda utilizzatrice _____,
(C.F./Part. I.V.A. _____), con sede legale a _____
prov. (___) C.A.P. _____ in Via _____ n. _____,
telefono n. _____ / _____ ed assegnato/a all'unità operativa sita in
_____ Via _____ n. _____
presumibilmente dal _____ al _____ **per una missione
non inferiore ai 12 mesi** e che in tale periodo il lavoratore/la lavoratrice disabile potrà
essere computato/a nella quota d'obbligo ex L. 68/99 dell'Azienda utilizzatrice ai sensi
dell'art. 34, co. 3, del D.Lgs. 81/2015

CONVENZIONE

Comunica che l'Azienda utilizzatrice ha sottoscritto una convenzione con il Collocamento Mirato
Ambito Territoriale di Forlì-Cesena, ai sensi dell'art.11 della L.68/99:

SI' (indicare la data di sottoscrizione ____/____/____ o il numero di
protocollo _____ / _____ della lettera di trasmissione della convenzione formalizzata)

NO

MOTIVO	<p>A tal fine dichiara che l'Azienda utilizzatrice:</p> <p><input type="checkbox"/> non è soggetta agli obblighi della L. n.68/1999, avendo un organico computabile pari a n. _____ dipendenti</p> <p><input type="checkbox"/> è in obbligo ed occupa da 15 a 35 dipendenti (categoria di cui all'art.3, co. 1, lett.c) della L.68/99)</p> <p><input type="checkbox"/> è in obbligo ed occupa da 36 a 50 dipendenti (categoria di cui all'art.3, co. 1, lett.b) della L.68/99)</p> <p><input type="checkbox"/> è in obbligo ed occupa oltre 50 dipendenti (categoria di cui all'art.3, co. 1, lett.a) della L.68/99)</p> <p><input type="checkbox"/> ha già assolto agli obblighi posti a proprio carico dalla L. 68/99 e l'assunzione è in soprannumero</p>
---------------	---

TIPO CONTRATTO	<p><input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato fino al ____ / ____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inserimento fino al ____ / ____ / _____ <input type="checkbox"/> Apprendistato fino al ____ / ____ / _____</p> <p style="text-align: right;">Tipologia contratto apprendistato _____</p>
-----------------------	---

ORARIO DI LAVORO	<p><input type="checkbox"/> tempo pieno (specificare ore settimanali previste dal CCNL di riferimento _____)</p> <p><input type="checkbox"/> part-time _____ ore settimanali (specificare ore sett.li previste dal CCNL di riferimento _____)</p>
-------------------------	---

INQUADRAMENTO	<p>Codice (*) qualifica _____</p> <p>descrizione qualifica _____ livello _____</p> <p>Codice (*) CCNL applicato _____</p> <p>descrizione CCNL applicato _____</p> <p><i>(*) specificare i codici che verranno utilizzati in sede di comunicazione obbligatoria preventiva di avviamento</i></p>
----------------------	---

NOTE	<p>Ulteriori annotazioni del richiedente: _____</p> <p>_____</p> <p>Estremi indirizzo Posta Elettronica Ordinaria per comunicazioni da parte del Collocamento Mirato Ambito Territoriale di Forlì-Cesena (da specificare obbligatoriamente)</p> <p>P. E. O. : _____ @ _____ . _____</p> <p>Estremi indirizzo Posta Elettronica Certificata per invio dell'autorizzazione emessa dal Collocamento Mirato Ambito Territoriale di Forlì-Cesena (da specificare obbligatoriamente)</p> <p>P. E. C. dell'Agenzia di somministrazione: _____ @ _____ . _____</p> <p>P. E. C. dell'Azienda utilizzatrice : _____ @ _____ . _____</p>
-------------	--

In fede.

Li, _____

(firma legale rappresentante Agenzia di somministrazione)

(firma legale rappresentante Azienda utilizzatrice)

(Unitamente alla richiesta devono essere inviate copie dei documenti di identità in corso di validità dei legali rappresentanti dell'Agenzia di Somministrazione e dell'Impresa utilizzatrice, ove non già agli atti del Collocamento Mirato – Ambito Territoriale di Forlì-Cesena)