

ALL' AGENZIA REGIONALE LAVORO
COLLOCAMENTO MIRATO
AMBITO TERRITORIALE DI FORLI'-CESENA
Piazza G.B. Morgagni, 9
47121 FORLI' (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 persone anche non iscritte nell'elenco tenuto ai sensi della L.68/1999 dal Collocamento
Mirato Ambito Territoriale di Forlì-Cesena, purché le stesse siano iscritte negli elenchi tenuti ai sensi della stessa L.68/1999 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 con disabilità
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 l'Ufficio per il
Collocamento Mirato di Forlì-Cesena, ai sensi dell'art.11 della L.68/1999:

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

NO

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

TIPO CONTRATTO	<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> Tempo determinato fino al ____/____/____
	<input type="checkbox"/> Apprendistato fino al ____/____/____	<input type="checkbox"/> Tipologia contratto apprendistato _____

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

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

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

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)