Carta intestata azienda Spett.le

AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO

Ufficio Collocamento Mirato

Ambito Territoriale di Ferrara

Pec [arlavoro.femirato@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:arlavoro.femirato@postacert.regione.emilia-romagna.it)

Oggetto: L. 68/99 – Art 4, co, 3 bis. Richiesta di inserimento nell’aliquota d’obbligo di lavoratore già disabile prima della costituzione del rapporto di lavoro e non assunto tramite il collocamento obbligatorio

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_legale rappresentante dell'azienda \_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede legale in ( ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo PEC

**chiede di potere inserire nell’aliquota prevista dall’art.3, della L.68/99**

il Sig. /Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a ( ) il codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a ( ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

contattabile telefonicamente al numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

invalido/a civile/lavoro con \_\_\_\_\_\_\_\_ % di invalidità, assunto/a senza richiesta di nulla osta preventivo ma computabile ai sensi delle disposizioni citate in oggetto.

L’assunzione avvenuta in data \_\_\_\_\_ \_\_ è stata regolarmente comunicata.

Il/la lavoratore/lavoratrice è in forza presso l’unità operativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data…………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del legale rappresentante)

Documenti allegati:

 verbale di invalidità del/della lavoratore/lavoratrice, **SOTTOSCRITTO dalla persona per accettazione** (percentuale uguale o superiore a 60% se invalidità civile (anche inferiore purché non al di sotto del 46 %, se disabilità intellettiva e/o psichica); 34% se invalidità del lavoro) **e relativo documento identità;**

Persona da contattare per chiarimenti sul documento presentato:

Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_