All'AGENZIA REGIONALE LAVORO

UFFICIO COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI

Indirizzo via Nervesa n.1 Parma

Email: [collocamentomiratopr@regione.emilia-romagna.it](mailto:collocamentomirato@regione.emilia-romagna.it)

# RICHIESTA NOMINATIVA DI RILASCIO NULLA OSTA

# PER L’ASSUNZIONE DI APPARTENENTI A CATEGORIE PROTETTE

**ISCRITTI NEGLI ELENCHI DI CUI ALLA L. 12 MARZO 1999, N. 68**

**DA PARTE DI AZIENDA DI SOMMINISTRAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La sottoscritta AZIENDA DI SOMMINISTRAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C.F./P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  sede legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)  pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CHIEDE**  **il rilascio del nulla osta per l'assunzione del seguente lavoratore:**  COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CITTADINANZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NATO IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_)  RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C.FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel/cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscritto nell’elenco degli aventi diritto alla assunzione obbligatoria tenuto dall'Ambito territoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di (indicare categoria di appartenenza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Alle seguenti condizioni:**  QUALIFICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LIVELLO E CATEGORIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C.C.N.L. applicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **L'assunzione avverrà presumibilmente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed il rapporto sarà a:**  T. INDETERMINATO con orario a tempo pieno  a tempo parziale, \_\_\_ore settimanali  T. DETERMINATO per mesi \_\_\_ con orario a tempo pieno  a tempo parziale, \_\_\_ore settimanali  **Il predetto lavoratore, ai sensi dell'art. 34, c. 3, del D. Lgs. n. 81/2015, sarà inviato in missione della durata di \_\_\_\_\_\_ mesi presso la ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale/Partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Località di impiego del lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Si precisa che l'azienda utilizzatrice**:  non è soggetta agli obblighi previsti dalla L. 68/99 in quanto la base di computo in ambito nazionale è pari a n. \_\_\_\_ dipendenti;  è in obbligo e in ambito nazionale ha una base di computo compresa tra 15 e 35 dipendenti;  è in obbligo e in ambito nazionale ha una base di computo compresa tra 36 e 50 dipendenti;  è in obbligo e in ambito nazionale ha una base di computo superiore a 50 dipendenti;  ha già assolto agli obblighi posti a proprio carico dalla L. 68/99 e l'assunzione è in soprannumero  Si precisa, inoltre, che l'orario contrattuale ordinario svolto dall'azienda utilizzatrice è pari a numero\_\_\_\_\_\_ ore settimanali.  Si precisa, altresì, che l'assunzione avviene nell'ambito di convenzione ex art. 11 L. 68/99 stipulata dalla ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con l'Agenzia Regionale per il Lavoro – Ambito Territoriale di Parma – Ufficio per il collocamento mirato SI  NO  Eventuali ulteriori precisazioni:  Si dichiara che:   * rispetto alla presente assunzione sono state rispettate tutte le condizioni previste dalle vigenti disposizioni; * le condizioni economico-normative sono conformi alla C.C.N.L. Applicato e che al lavoratore disabile non verranno richieste prestazioni non compatibili con il suo stato di salute.   Riferimenti:  Persona da contattare per chiarimenti sulla presente richiesta: Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **e-mail a cui inviare l’autorizzazione:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (timbro e firma del legale rappresentante)  N.B. : Barrare le caselle corrispondenti alle ipotesi che ricorrono |  |  |