All'AGENZIA REGIONALE LAVORO

 UFFICIO COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI

 Indirizzo via Nervesa n.1 Parma

 Email: collocamentomiratopr@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 settimanaliT. 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 soprannumeroSi 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 |  |  |