*carta intestata azienda*

 AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO

 AMBITO TERRITORIALE DI REGGIO EMILIA
 UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO

 PEC: arlavoro.remirato@postacert.regione.emilia-romagna.it

**Oggetto: L. 68/99 – art. 4, co. 3 bis. Richiesta di inserimento nell’aliquota d’obbligo di lavoratore/lavoratrice già disabile prima dell’assunzione e assunto/a senza nulla osta.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante dell'azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede di potere inserire nell’aliquota prevista dall’art.3, della L.68/99 il/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ invalido/a civile con riduzione della capacità lavorativa pari al \_\_\_ %, assunto/a senza richiesta di nulla osta preventivo ma computabile ai sensi delle disposizioni citate in oggetto.

A tal fine allega:

1. copia del verbale di invalidità del/della lavoratore/lavoratrice *(percentuale uguale o superiore a 60% se invalido/a civile; uguale o superiore a 34% se invalido/a del lavoro)* autocertificato in forma semplice scrivendo sulla copia la dicitura “*Copia conforme all’originale*” e firma del/della lavoratore/ lavoratrice;
2. copia del documento d’identità del/della lavoratore/lavoratrice*.*

L’assunzione avvenuta in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è stata regolarmente comunicata. La/Il lavoratrice/lavoratore è in forza presso l’unità operativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il comune)

Orario di lavoro settimanale previsto dal contratto individuale del/della lavoratore/lavoratrice in corso di validità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orario di lavoro settimanale previsto dal CCNL adottato dall’azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Visto, letto e sottoscritto.

F.to il/la rappresentante legale del/della datore/datrice di lavoro

(con firma digitale o sottoscritto e inviato unitamente ad una copia del documento di identità)

**Persona da contattare per chiarimenti sul documento presentato:**

**Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**