All’Agenzia Regionale per il Lavoro

della Regione Emilia - Romagna

Ufficio per il Collocamento Mirato

**AMBITO TERRITORIALE DI RAVENNA**

PEC :[arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it)

Allegati: 1

(\*) N. identificativo marca da bollo presentazione istanza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) N. identificativo marca da bollo rilascio del provvedimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta di RINNOVO esonero parziale dall’obbligo di assunzione di disabili di cui all’art. 5, comma 3, Legge n. 68/99 nonché al D.M. 07/07/2000 n. 357.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e filiali in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esercente l’attività di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.N.L. applicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

articolazione dell'orario di lavoro settimanale di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(se distribuito su 5 o 6 giorni lavorativi)*

* tenuto conto che l’organico complessivo aziendale, in ambito **nazionale**, risulta essere:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TOTALE**  **DIPENDENTI** | **n. dipendenti utili ai fini  della quota di riserva** | **n. disabili spettanti  nella quota di riserva** | **n. disabili  in forza** |
|  |  |  |  |

* premesso che la consistenza dell’organico aziendale nell’unità produttiva operante nella provincia di **Ravenna** è:
* variata rispetto al quanto indicato sull’ultimo Prospetto Informativo del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* invariata rispetto a quanto indicato sull’ultimo Prospetto Informativo del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

e comunque risulta così composta:

*(da compilare in ogni caso)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNITA’**  **PRODUTTIVA** | **TOTALE**  **DIPENDENTI** | **n. dipendenti utili ai fini**  **della quota di riserva** | **n. disabili spettanti**  **nella quota di riserva:** | **n. disabili**  **in forza** | **note** |
|  |  |  |  |  |  |

**chiede**

**il rinnovo fino al \_\_/\_\_/\_\_ per l’ambito provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **dell’autorizzazione all’esonero parziale dall’obbligo di assunzione di personale disabile concessa con atto del Dirigente n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_ nella misura del \_\_\_ %**(*massimo 60%* )[[1]](#footnote-1) **e scaduta in data \_\_/\_\_/\_\_, corrispondente ad oggi a n.\_\_\_\_\_\_\_\_ unità.**

A tal fine **dichiara** che, rispetto alla precedente autorizzazione, non sono intervenute variazioni delle caratteristiche dell’attività svolta nell’unità produttiva operante nell’ambito provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che pertanto sussistono le medesime difficoltà ad effettuare inserimenti mirati.

Dichiara inoltre:

* che la festività del Santo Patrono per l’azienda è fruita nel giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che per eventuali informazioni l'Ufficio per il Collocamento Mirato di Ravenna potrà contattare il nostro referente aziendale Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al n. tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo pec dell’azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* *(barrare la dichiarazione che interessa):*
* di aver presentato autocertificazione per l’esonero dagli obblighi, ai sensi dell'art. 5 comma 3 bis L 68/99, alla Banca dati del collocamento mirato in relazione agli addetti impegnati in lavorazioni a rischio elevato, per una quota d'obbligo esonerata di \_\_\_\_\_\_\_ unità, corrispondente ad una percentuale di esonero del \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non aver autocertificato l'esonero ai sensi dell'art. 5 comma 3 bis L 68/99;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dell’organico determinante la modifica della quota d’obbligo d’assunzione di persone disabili prevista dell’art. 3, c. 1 della L. n. 68/99;
* di impegnarsi a pagare il contributo esonerativo, anche in caso di rigetto dell’istanza, per il periodo in cui opera la sospensione degli obblighi, ovvero dalla data di ricezione della domanda di autorizzazione da parte dell’Ufficio competente alla data del provvedimento di rigetto, relativamente al numero di unità interessate dal provvedimento;
* di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli usi consentiti dalla legge.
* di allegare apposita dichiarazione sostitutiva per marche da bollo (Allegato 1).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, conferma la dichiarazione riportata.

In attesa di cortese riscontro coglie l’occasione per porgere distinti saluti.

Indicare il nome del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento firmato digitalmente

(\*) Vedi dichiarazione sostitutiva per marche da bollo allegata

**NOTE SULLA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL’ESONERO PARZIALE (Art. 5 comma 3 Legge n. 68 del 12/03/199, D.M. del Lavoro n. 357 del 07/07/2000)**

La domanda di esonero parziale può essere presentata solo nel caso in cui non ci sia variazione della percentuale di esonero utilizzando la modulistica pubblicata *online* sul sito dell’Agenzia Regionale per il Lavoro dell’Emilia-Romagna.

Tale domanda deve essere presentata, obbligatoriamente a mezzo PEC e con firma digitale, all'Ufficio per il Collocamento mirato della provincia dove l’azienda ha la sede legale, anche se la ditta ha più unità produttive, dislocate in più province entro la scadenza della precedente autorizzazione. Tale Ufficio provvede entro 15 giorni dal ricevimento, all’invio presso gli uffici delle province interessate dalla richiesta di provvedimento, che rilasceranno le rispettive autorizzazioni.

Ai fini istruttori è particolarmente importante la compilazione corretta di ogni campo.

La domanda va redatta assolvendo l'obbligo del bollo, sia per l'istanza che per il rilascio del provvedimento di autorizzazione. A tal fine dovrà essere allegata obbligatoriamente l'apposita dichiarazione sostitutiva.

Fino alla data di adozione del provvedimento esonerativo **e a decorrere dal giorno successivo alla scadenza della precedente autorizzazione** l’azienda è autorizzata alla sospensione parziale degli obblighi occupazionali nella misura percentuale pari a quella richiesta, salvo pagare per le stesse unità il contributo esonerativo anche in caso di rigetto della domanda.

L'Ufficio per il Collocamento mirato, ai fini istruttori, può richiedere l’intervento della Direzione territoriale del Lavoro e del Servizio sanitario nazionale per verificare la sussistenza delle condizioni richieste per la concessione dell’autorizzazione.

A norma dell’art. 3, quarto comma, della legge n. 241/90, il provvedimento di rilascio o diniego dell’esonero parziale è impugnabile con ricorso giurisdizionale avanti al competente Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dalla data di comunicazione o di notificazione, oppure con ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla data di comunicazione o di notificazione.

**NOTA INFORMATIVA RELATIVA AL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO ESONERATIVO**

L’obbligo del pagamento del contributo esonerativo decorre dal momento della ricezione della domanda di autorizzazione all’esonero parziale da parte dell'Ufficio per il Collocamento mirato; in caso di rinnovo decorre dal giorno successivo alla scadenza stabilita nell’autorizzazione precedente.

Nel caso di richiesta di certificato di ottemperanza prevista dall’art. 17 della legge 68/99, il suddetto contributo deve essere versato contestualmente alla presentazione della richiesta stessa.

Il contributo esonerativo è pari a € 39,21 per ciascun lavoratore disabile non assunto e per ogni giorno lavorativo e deve essere versato al Fondo regionale per l’occupazione dei disabili mediante bonifico intestato alla Tesoreria della Regione Emilia-Romagna presso UNICREDIT BANCA SPA, Via Indipendenza, 11 Bologna

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Iban (coordinate bancarie internazionali) | | | | | |
| PAESE | CIN EUR | CIN | ABI | CAB | C/C |
| IT | 15 | H | 02008 | 2435 | 000003010203 |

indicando la causale “Contributo esonerativo (di cui alla L.68/99) Ambito territoriale di Ravenna– anno \_\_\_\_\_” secondo le seguenti scadenze:

* entro 30 gg. dalla comunicazione dell’esito dell’istruttoria per la richiesta di esonero, nel caso in cui la relativa autorizzazione non sia stata concessa;
* entro il **31 luglio** dell’anno successivo a quello cui si riferisce l’esonero o entro il primo giorno feriale successivo al 31 luglio nel caso in cui tale data dovesse ricadere in un giorno festivo
* immediatamente in caso di richiesta di certificato di ottemperanza.

Sono da considerarsi giorni lavorativi tutti i giorni feriali dal lunedì al venerdì compresi, escludendo le feste nazionali, le giornate di sabato e di domenica nonché la festività patronale.

Esempio di calcolo del contributo esonerativo:

|  |  |
| --- | --- |
| Quota d’obbligo | 10 |
| Percentuale concessa | 60% |
| n. unità esonerate | 6 |
| n. giorni lavorativi (anno intero) | 252 |
| Quota per unità/giorno | € 39,21 |
| **Totale da pagare** | 6 x 252 x 39,21 = **59.285,52 €** |

Il numero delle unità verrà calcolato in base ai prospetti informativi inviati, salvo le variazioni della quota d’obbligo in corso d’anno che devono essere comunicate – ad opera della ditta – entro 60 giorni dalla variazione. I giorni da conteggiare per il pagamento del contributo e il relativo importo saranno comunicati dall'Ufficio per il Collocamento mirato al datore di lavoro in tempo utile per provvedere al versamento.

Il datore di lavoro, dopo avere effettuato il pagamento, deve inviare una copia dell’avvenuto versamento all'Ufficio per il Collocamento mirato.

*Sanzioni*: i versamenti non corrispondenti alle entità o pagati oltre i termini stabiliti subiranno le seguenti maggiorazioni:

* 24% su base annua se la regolarizzazione avviene oltre 30 giorni dai termini fissati.

1. *Per le imprese che operano nel settore della sicurezza e vigilanza e nel settore del trasporto privato la percentuale può essere aumentata fino all’80%* [↑](#footnote-ref-1)