**All'AGENZIA REGIONALE LAVORO**

 **UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI**

 **Ambito territoriale di RAVENNA**

 **Via della Lirica 21 - 48124 Ravenna**

 **E-Mail:** **CollocamentoMiratoRA@regione.emilia-romagna.it**

 **P.E.C.:** **Arlavoro.RA@postacert.regione.emilia-romagna.it**

**RICHIESTA NOMINATIVA DI RILASCIO NULLA OSTA PER L’ASSUNZIONE DI UNA PERSONA ISCRITTA AL COLLOCAMENTO MIRATO AI SENSI DELLA L. 12 MARZO 1999, N. 68**

Assunzione in somministrazione presso Azienda Utilizzatrice in obbligo di assunzione L. 68/99

ai sensi D.lgs 85/2015 art. 34 comma 3.

Compilare il presente modulo in ogni sua parte

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante dell’ Agenzia di somministrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F./Part. I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed unità operative ubicate in provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, volendo assumere **IN SOMMINISTRAZIONE** per missione presso l’azienda Utilizzatrice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./Part. I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-2) con unità operativa sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la persona di seguito indicata, iscritta nell’elenco degli aventi diritto alla tutela del collocamento mirato di cui alla L. n. 68/1999 tenuto dall'Ambito Territoriale[[2]](#footnote-3) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

**il rilascio del nulla osta per l'assunzione di:**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato/a a (completare se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoria di appartenenza del lavoratore/lavoratrice:

* Disabile (ex art. 8 l. n. 68/1999)

**Alle seguenti condizioni**:

Codice[[3]](#footnote-4) qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

descrizione qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ livello \_\_\_\_\_\_\_\_

Codice[[4]](#footnote-5) CCNL applicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descrizione CCNL applicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipologia di contratto:**

* Tempo **INDETERMINATO** dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tempo **DETERMINATO**  dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fino al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ *(durata non inferiore a 12 mesi)*
* Apprendistato (indicare la tipologia di apprendistato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indicare il termine del periodo di apprendistato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orario di lavoro:**

* tempo pieno (specificare ore settimanali previste dal CCNL di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

part-time \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali (specificare ore sett.li previste dal CCNL di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

Il lavoratore sarà inviato in missione presso l'Azienda Utilizzatrice\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Partita Iva/CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presumibilmente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (missione non inferiore a 12 mesi) e che in tale periodo il lavoratore disabile sopraindicato **dovrà essere computato nella quota d'obbligo ex L. 68/99 dell'azienda Utilizzatrice** ai sensi D.lgs 85/2015 art. 34 comma 3 e **non** nella quota d’obbligo dell’azienda di somministrazione.

**La richiesta di assunzione viene formulata:**

* nell'ambito di convenzione ex art. 11 L. 68/99 stipulata dall’azienda Utilizzatrice con l’Ufficio Collocamento mirato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* al di fuori di convenzione ex art. 11 L. 68/99;

**Eventuali ulteriori precisazioni:**

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

**Si dichiara che:**

* rispetto alla presente assunzione sono rispettate tutte le condizioni previste dalle vigenti disposizioni;
* le condizioni economico-normative sono conformi alla C.C.N.L. applicato e che al lavoratore/lavoratrice disabile non verranno richieste prestazioni non compatibili con il suo stato di salute.

**Si impegna ad assumere il lavoratore/lavoratrice disabile anche in mancanza del referto della visita di Diagnosi Funzionale:**

* SI
* NO[[5]](#footnote-6)

**Riferimenti:**

Persona da contattare per chiarimenti sulla presente richiesta: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ruolo:

* Consulente
* Referente per assunzioni obbligatorie
* Responsabile del Personale
* Referente Amm.vo
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail a cui inviare l’autorizzazione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegati: copia di documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante**

|  |  |
| --- | --- |
|  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(luogo e data) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(timbro e firma del Legale Rappresentante) |

1. *Il nulla osta deve essere richiesto all'Ufficio per il Collocamento Mirato territorialmente competente in base alla sede di assunzione riferita all’azienda utilizzatrice.* [↑](#footnote-ref-2)
2. *È possibile richiedere l’avviamento di lavoratori anche non iscritti negli elenchi tenuti ai sensi della l. n. 68/1999 dal Collocamento Mirato Ambito Territoriale di Ravenna*  [↑](#footnote-ref-3)
3. *Specificare i codici che verranno utilizzati in sede di comunicazione obbligatoria preventiva di avviamento.* [↑](#footnote-ref-4)
4. *Vedi nota 3* [↑](#footnote-ref-5)
5. *In tal caso il rilascio del nulla osta è subordinato all’acquisizione del referto della visita dei cui al DPCM 13.1.2000).* [↑](#footnote-ref-6)