

ALL'AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO  
EMILIA-ROMAGNA  
UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO  
DI RIMINI  
VIA C. FARINI 6  
PEC: arlavoro.rnmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it

Allegati: 1

(\*) N. identificativo marca da bollo da € 16,00 per presentazione istanza: \_\_\_\_\_

(\*) N. identificativo marca da bollo da € 16,00 per rilascio del provvedimento: \_\_\_\_\_

**Oggetto: richiesta di 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 \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ con sede

legale in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

e filiali in \_\_\_\_\_

esercitante l'attività di \_\_\_\_\_

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

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

*(indicare se l'orario è distribuito su 5 o 6 giorni lavorativi)*

premesso che la consistenza dell'organico aziendale nell'unità produttiva operante nell'ambito provinciale di **RIMINI** è:

<b>UNITÀ PRODUTTIVA</b>	<b>n. dipendenti utili ai fini della quota di riserva</b>	<b>n. disabili spettanti nella quota di riserva</b>	<b>n. disabili in forza</b>	<b>altre misure di assolvimento adottate</b>

Riepilogo Nazionale: unità produttive dell'Azienda, dislocate in altre province diverse da Rimini in cui è stata autorizzata all'esonero parziale dagli obblighi:

<b>Provincia Unità produttiva</b>	<b>n. dipendenti utili ai fini della quota di riserva</b>	<b>n. disabili spettanti nella quota di riserva</b>	<b>n. disabili in forza</b>	<b>% di esonero richiesta</b>	<b>NOTE</b>

Le caratteristiche dell'attività svolta nelle unità produttive dell'ambito provinciale di \_\_\_\_\_ sono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**chiede**

**di essere esonerato dall'assunzione di personale disabile nella misura del \_\_\_\_\_% (massimo 60%)<sup>1</sup>, pari a n. \_\_\_\_\_ unità, fino al (data) \_\_\_\_\_:**

**A tal fine si descrivono analiticamente le postazioni organizzative e le mansioni svolte all'interno dell'azienda che hanno caratteristiche tali da rendere difficoltoso l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità**

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

**numero dei dipendenti adibiti alle stesse mansioni in percentuale sul totale dei dipendenti : \_\_\_\_\_**

**Si dichiara inoltre che le condizioni particolari dell'attività aziendale in cui si evidenzia la difficoltà di effettuare inserimenti mirati sono le seguenti:**

(si prega di produrre una descrizione dettagliata di quanto richiesto ai punti di seguito indicati)

▲ **faticosità** della prestazione lavorativa (es. deambulazione, stazione eretta, movimentazione manuale carichi, elevata manualità, ecc) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▲ **pericolosità** connaturata al tipo di attività, anche derivante da condizioni ambientali nelle quali si svolge l'attività stessa (es. agenti chimici e/o fisici, processo produttivo, impianti tecnologici, macchine ed attrezzature, sostanze e materie prime a rischio, condizioni di esecuzione, movimentazione meccanica. ecc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▲ **particolare modalità** di svolgimento dell'attività lavorativa (lavoro esterno e/o articolato su turni, personale viaggiante, particolare specializzazione del personale ecc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

Si descrivono le misure di prevenzione e protezione dei lavoratori adottate o da adottare nei confronti dei rischi di infortunio sul lavoro e dei rischi derivanti dall'esposizione ad agenti cancerogeni, chimici, fisici e biologici in base alla vigente normativa in materia di sicurezza e di tutela della salute nei luoghi di lavoro: \_\_\_\_\_

---

---

---

Consistenza dell'eventuale lavoro esterno (*es. cantieri*) \_\_\_\_\_

Presenza di lavorazioni articolate su turni: **SI**            **NO** (barrare la situazione che ricorre)

**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 Rimini potrà contattare il nostro **referente aziendale Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_  
al 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.

Firma digitale del Legale  
Rappresentante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **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 deve essere redatta sull'apposito modulo da scaricarsi dal sito dell' Agenzia Regionale per il Lavoro - Ufficio per il collocamento mirato di Rimini dal seguente link:

<https://www.agenzialavoro.emr.it/rimini/servizi/per-le-categorie-protette/esoneri-e-compensazioni-territoriali>

Tale domanda deve essere presentata, 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. 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, con particolare attenzione alla percentuale richiesta, alla data di scadenza, alla situazione dell'organico ed alle motivazioni.

La domanda che dovrà essere firmata digitalmente dal legale rappresentante dell'azienda, va redatta assolvendo l'obbligo del bollo di €16,00 sia per l'istanza che per il rilascio del provvedimento di autorizzazione. A tal fine dovranno essere indicati i numeri identificativi delle marche da bollo negli appositi spazi della richiesta.

Inoltre dovrà essere allegata obbligatoriamente una apposita **dichiarazione sostitutiva DPR 445/2000** per marche da bollo scaricabile dal link sopra indicato a cui dovrà essere apposta la firma autografa del legale rappresentante unitamente a copia del documento di riconoscimento.

La dichiarazione, sarà conservata, in originale dal datore di lavoro, anche per eventuali controlli di carattere fiscale.

La richiesta di esonero firmata digitalmente unitamente alla scansione della dichiarazione sostitutiva e documento di riconoscimento sopra sopracitati, dovranno essere inviati tramite pec all'indirizzo [arlavoro.rnmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:arlavoro.rnmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it).

La trasmissione della documentazione completa va effettuata, con oggetto: "Esonero parziale art.5 c.3 L 68/99".

**IMPORTANTE** Si raccomanda di apporre la firma sulla richiesta su file in formato .pdf (oppure .doc) e di lasciare .pdf (oppure .doc) nel nome del file, pena l'illeggibilità del contenuto. Esempio: *Esonero NomeAzienda.pdf.p7m*. Le richieste di esonero scansionate riportanti firme autografe saranno rigettate.

Fino alla data di adozione del provvedimento esonerativo, 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 per il periodo intercorrente tra la data di ricevimento dell'istanza da parte dell'Ufficio competente e la data di rifiuto, in caso di rigetto della domanda.

La richiesta di proroga/rinnovo deve essere presentata, con le medesime modalità entro 60 giorni dalla scadenza della precedente autorizzazione.

L'ufficio 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 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 € 30,64 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 Modena – 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	€ 30,64
<b>TOTALE DA PAGARE =</b>	<b>6 x 252 x 30,64 = 46.327,68 €</b>

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 ed il relativo importo saranno comunicati al datore di lavoro dell'Ufficio Collocamento Mirato in tempo utile per provvedere al versamento.

L'azienda dopo avere effettuato il pagamento deve inviare una copia dell'avvenuto versamento all'Ufficio per il Collocamento Mirato di Rimini.

**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.