



Richiesta di proroga della Convenzione trilaterale stipulata ai sensi dell'art. 14 del Dlgs 276/2003

Dati dell'Azienda

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di rappresentante legale dell'azienda
_____ codice fiscale _____
sede legale in _____ via _____
sede operativa nella Regione Lazio via _____
PEC aziendale _____ Ref. Aziendale interno _____
Mail aziendale/Referente _____ tel. Referente _____
Categoria azienda: ☐ 15-35 dipendenti; ☐ 36-50 dipendenti; ☐ oltre 50 dipendenti
Consulente azienda _____
Contatti _____

Chiede

la PROROGA della Convenzione trilaterale Prot. _____ del _____ stipulata con la

Dati della Coop/imp. Sociale

Cooperativa/impresa Sociale _____
con sede legale nella Regione Lazio in _____
via _____ e sede operativa a _____
_____ codice fiscale _____
PEC _____ Mail _____
Ref. Interno _____ mail Referente _____
cell/telefono Referente _____

sottoscrittrice anch'essa della presente istanza, avente ad **oggetto** il servizio di _____
per l'**inserimento** di n. _____ persone con disabilità per un **periodo** ulteriore di:

☐ 12 mesi ☐ 24 mesi ☐ 36 mesi

La somma totale della durata della Convenzione in oggetto, compresa la proroga richiesta, non supera il periodo massimo di 48 (quarantotto) mesi.



A tal fine

L'Azienda e la Cooperativa/impresa sociale sopra indicate dichiarano congiuntamente:

- che il contratto di affidamento bilaterale, inviato in allegato alla presente istanza, afferente al servizio di _____, mantiene le medesime condizioni contrattuali inizialmente stabilite e rispetta quanto previsto nell'art 3 e 8 della Convenzione Quadro di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 472 del 28.06.2024 senza pregiudizio dei dipendenti in forza.
- che quanto dichiarato dall'azienda e dalla cooperativa/impresa sociale in fase di stipula della Convenzione trilaterale in merito al possesso dei requisiti è invariato e rispetta quanto previsto nell'art 4 e 5 dell'Accordo Quadro di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 472 del 28.06.2024
- che i lavoratori inseriti nella Convenzione trilaterale sono n. _____ con contratto di lavoro _____ part time _____ full time per n. _____ ore settimanali e che agli stessi sarà garantita continuità occupazionale alle medesime condizioni.

Documenti da allegare

1. Copia del nuovo contratto di affidamento bilaterale, completo di tutti gli eventuali allegati, sottoscritto da entrambe le parti e redatto nel rispetto di quanto previsto nella Convenzione Quadro di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 472 del 28.06.2024.
2. Elenco dei nominativi delle persone con disabilità assunte nell'ambito della Convenzione trilaterale e attualmente in forza
3. Documento d'identità del rappresentante legale dell'azienda e della cooperativa/impresa sociale in caso di firma autografa

In caso di variazioni in merito al possesso dei requisiti, sopraggiunte dopo la stipula della Convenzione, è necessario allegare anche:

- Dichiarazione resa dall'azienda afferente il possesso dei requisiti di cui all'art. 4 della Convenzione Quadro (Delibera di Giunta Regionale n. 472 del 28.06.2024) utilizzando il *format Allegato 1*
- Dichiarazione resa dalla cooperativa/impresa sociale afferente il possesso dei requisiti di cui all'art. 5 della Convenzione Quadro (delibera di Giunta regionale n. 472 del 28.06.2024) utilizzando il *format Allegato 2*

Luogo e data

L'Azienda

La Cooperativa/impresa sociale

Con l'apposizione della firma digitale non è necessario inviare copia del documento d'identità