

SILD – Servizio Inserimento Lavoro Disabili
Ambito territoriale provincia di Frosinone**Ambito territoriale provincia di Latina**
(Specificare l'ambito territoriale di competenza)PEC: sildlaziosud@pec.regione.lazio.it**Oggetto: Proroga di computo ai sensi della Legge 68/99 e ss. mm. ii.**Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante
dell'azienda _____

C.F. _____ / P.IVA _____ con sede legale in _____

Cap. _____ Via _____ n. _____ tel. _____

e-mail _____ PEC _____

COMUNICA PROROGAdel computo nella quota di riserva prevista dalla Legge 68/99 in qualità di DISABILE del
lavoratore/lavoratrice

_____ C.F.: _____

nato/a il _____

Barrare la motivazione: **Per nuovo verbale di invalidità**Nuovo verbale rilasciato da _____ in data _____ con
percentuale di invalidità del _____ % con rivedibilità al _____
precedentemente computato fino al _____ **Per proroga contratto**

Precedente contratto fino al _____

 Nuovo tempo determinato fino al _____ Tempo indeterminato dal
_____Orario lavorativo Tempo pieno parziale: n° ore settimanali _____ su CCNL di h/sett. _____ **Per proroga contratto di somministrazione art. 34 c.3 D. Lgs 81/2015**

Contratto precedente fino al _____ prorogato al _____

Referente aziendale per la presente pratica:

_____ tel. _____ e-mail _____

Il/La sottoscritto/a in qualità di soggetto interessato, dichiara di aver preso visione dell'Informativa privacy per le Imprese che usufruiscono del servizio SILD pubblicata al seguente link <https://www.regione.lazio.it/cittadini/lavoro/privacy>

Data, _____

Timbro e firma** Legale rappresentante

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