

Alla **Regione Lazio**

Direzione Regionale Istruzione, Formazione
e Politiche per l'Occupazione

S.I.L.D. Servizio Inserimento Lavorativo Disabili

Via Raimondo Scintu 106 – 00173 Roma

Pec: sildpcentro@pec.regione.lazio.it

Data _____

OGGETTO: Richiesta avviamento numerico disabili ex Art. 1 L. 68/99 (invalidi civili, invalidi del lavoro, sordomuti)

La scrivente Società:

Denominazione Sociale

Codice Fiscale

Indirizzo Sede Roma

Nome/cognome referente

Telefono.....

con la presente rinuncia alla facoltà della richiesta nominativa e chiede a codesto spett.le Ufficio di avvalersi della richiesta numerica di n° _____ unità DISABILI ex Art. 1 L. 68/99 a tempo indeterminato:

QUALIFICA E MANSIONE:

ORARIO DI LAVORO (es. a turni, full time, part time):.....

LUOGO DI LAVORO (Roma e Provincia)

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>

Firma del legale rappresentante

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