

Oggetto: Legge 12 marzo 1999 n° 68 – **Richiesta nulla osta per assunzione nominativa.**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante dell'azienda _____

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

Cap. _____ Via _____ n° _____

con sede operativa in _____ Cap. _____ Via _____ n° _____

Attività esercitata _____ Codice ATECO _____

tel. _____ e-mail _____ PEC: _____

Con base computo (riferita al territorio nazionale) alla data odierna: pari a n. ___ dipendenti

Dati riferiti alla **provincia di Frosinone** **provincia di Latina** alla data odierna:

Totale dipendenti: _____

Unità computabili ex art. 3 (disabili) _____ unità computabili ex art. 18 (cat. protette) _____

Assoggettata ad una quota d'obbligo pari a n. _____ lavoratori disabili
disabili in forza n. _____ scoperture n. _____

Assoggettata ad una quota d'obbligo pari a n. _____ lavoratori appartenenti alle categorie ex art. 18
art. 18 in forza n. _____ scoperture n. _____

Non assoggettata agli obblighi di cui alla L.68/99.

CHIEDE IL RILASCIO DEL NULLA OSTA

ai sensi dell'**art. 7** (lavoratore disabile) della L.68/99

ai sensi dell'**art. 18** della L.68/99

a copertura parziale totale della quota d'obbligo;

in convenzione (art. 11 della legge n° 68/99) - Convenzione prot. _____ del _____

in convenzione (art. 12 della legge n° 68/99) - Convenzione prot. _____ del _____

non in convenzione

in soprannumero rispetto agli obblighi L.68/99;

a compensazione di copertura insistente su altro ambito provinciale
(specificarne _____)

per futuri obblighi (datori di lavoro non obbligati);

in sostituzione di lavoratore cessato

PER L'AVVIAMENTO AL LAVORO DEL/LA SEGUENTE LAVORATORE/LAVORATRICE:

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Nato/a a _____ il _____ Prov. _____ C.A.P. _____

residente a _____ Prov. _____ Via _____ C.A.P. _____

Iscritto/a nelle liste del collocamento mirato tenute dal Centro per l'Impiego di _____

**Categoria (specificare se Operaio/a oppure Impiegato/a) _____ Qualifica
di assunzione _____ livello _____**

C.C.N.L. applicato _____

ATTIVITÀ A CUI È DESTINATO IL LAVORATORE (descrizione delle mansioni):

Tipologia di contratto offerto:

Tempo Indeterminato Tempo Determinato per n. mesi _____
con orario di lavoro Pieno Parziale: n° ore settimanali _____ su CCNL di h/ _____

APPRENDISTATO PROFESSIONALIZZANTE - periodo formativo di mesi n. _____

TIROCINIO FINALIZZATO ALL' INSERIMENTO LAVORATIVO – Durata _____

(Il tirocinio in oggetto rientra nel programma di avviamenti concordato nell'ambito di una convenzione stipulata ai sensi dell'art. 11 L.68/99 solo in tal caso vale a coprire la quota d'obbligo prevista dalla normativa in oggetto)

Sì (Indicare i riferimenti) Convenzione prot.n. _____ del _____

**Ai fini dell'assolvimento degli obblighi di cui alla L.68/99:*

- il contratto a tempo determinato deve essere superiore a sei mesi;

*- in caso di **assunzione a tempo parziale**, i lavoratori disabili possono essere computati come unità intere solo se svolgono un **orario lavorativo superiore al 50%** dell'orario ordinario previsto dal CCNL (art. 4 comma 2 L. 68/99);*

Per i datori di lavoro che occupano da 15 a 35 dipendenti: se il lavoratore ha una invalidità superiore al 50%, può essere computato come unità intera a prescindere dall'orario di lavoro svolto (DPR 333/2000 art. 3 c. 5)

LUOGO DI SVOLGIMENTO DEL LAVORO

_____ Via _____

Il/la lavoratore/lavoratrice di cui alla presente richiesta è stato/a individuato/a seguito di preselezione effettuata dal Centro per l'Impiego Sì No

Rispetto all'assunzione **si dichiara che** saranno rispettate tutte le condizioni previste dalle vigenti disposizioni; le condizioni economico-normative saranno conformi al C.C.N.L. applicato e che al lavoratore/lavoratrice disabile non verranno richieste prestazioni non compatibili con il suo stato di salute

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>

Timbro e firma* Legale rappresentante

Data, _____

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

Per una più rapida definizione della pratica, si consiglia di allegare all'istanza il certificato recente (max 30 gg) di iscrizione al collocamento mirato della risorsa da assumere.