



**RICHIESTA DI STIPULA CONVENZIONE PER L'ATTIVAZIONE DI TIROCINIO
FINALIZZATO ALL'ASSUNZIONE DI LAVORATORI DISABILI
AI SENSI LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 ART. 11**

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

in qualità di titolare legale rappresentante Altro (specificare) _____

dell'azienda (ragione sociale) _____

C.F. _____ P.IVA _____

Attività esercitata _____ CCNL _____

con sede legale in _____ Prov. _____ Cap. _____ Via _____ n° _____

con sede operativa in _____ Prov. _____ Cap. _____

Via _____ n° _____ tel. _____

e-mail _____ pec _____

Appartenente, **con riferimento alla data odierna**, alla seguente categoria di datori di lavoro di cui all'art. 3, comma 1, legge 68/99:

meno di 15 dipendenti da 15 a 35 dipendenti da 36 a 50 dipendenti più di 50 dipendenti

Con base di computo a livello nazionale, alla data odierna, pari a n. _____ dipendenti

Con **organico, presso la propria sede/unità operativa** sita nel Comune di _____

Prov. di _____ così strutturato alla data odierna:

N. totale dipendenti: _____ **unità computabili:** n. _____ quota d'obbligo: n. _____ di cui:

- n. _____ disabili eventualmente già in organico
- n. _____ disabili eventualmente coperti da ESONERO
- n. _____ disabili eventualmente in eccedenza per compensazione
- n. _____ disabili eventualmente in diminuzione per compensazione
- n. _____ lavoratori di cui all'art. 18 di cui n. _____ in forza alla data del 17/01/2000

e che pertanto:

è assoggettata, per la **sede operativa della provincia di** **Frosinone** **Latina** ad una **quota d'obbligo pari a n. _____ lavoratori disabili**, non ancora assolta per n. _____ unità.



- non è soggetta, per la sede operativa della provincia di Frosinone Latina, agli obblighi di cui alla L. 68/1999

CHIEDE

di stipulare una convenzione ai sensi dell'art. 11 della legge 12 marzo 1999 n. 68, per:

l'attivazione di un tirocinio finalizzato all'assunzione per adempiere agli obblighi di cui all'art.3 Legge 68/99 e ss. mm. ii. sulle assunzioni di persone con disabilità, per la scoperta della sede/unità operativa sita nella provincia di Frosinone Latina

l'attivazione di un tirocinio finalizzato all'assunzione, presso la sede/unità operativa sita nella provincia di Frosinone Latina, in soprannumero rispetto agli obblighi assunzionali di cui all'art.3 Legge 68/99 attualmente in capo all'azienda e in previsione della copertura di futuri ulteriori obblighi.

Secondo i contenuti e le modalità indicati nell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento al lavoro delle persone con disabilità approvato con DGR Lazio 03/08/2017 n. 501 (BURL n. 67 del 22/08/2017) come di seguito specificato:

TIROCINIO NOMINATIVO della durata di mesi _____ (n° _____ ore settimanali)

Indennizzato a € _____ mensili e finalizzato all'inserimento lavorativo:

della seguente unità:

Nome e Cognome _____ nata/o il _____

a _____ Residente in _____

iscritta/o nelle liste del collocamento mirato c/o il Centro per l'Impiego di _____

di una risorsa da individuare attraverso il servizio di preselezione del Centro per l'Impiego competente per territorio.

QUALIFICHE E MANSIONI cui adibire la persona con disabilità:

LA CONVENZIONE CHE SI RICHIEDE DI STIPULARE E' SUCCESSIVA AD ALTRA GIA' STIPULATA (E CONCLUSA) CON IL SILD*? Sì No

Se sì, indicare i motivi per i quali si chiede la stipula di una nuova Convenzione *:

**In base a quanto previsto nella sezione V (V.5 "Stipula di nuova Convenzione) dell'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento al lavoro delle persone con disabilità (Allegato A alla Deliberazione 3 agosto 2017 n. 501 della Regione Lazio) "Per la sottoscrizione delle Convenzioni ex art. 11 L.68/99 successiva alla prima, l'Ufficio competente valuta lo stato di adempimento degli impegni occupazionali precedentemente assunti e gli esiti delle misure adottate nella precedente convenzione. La stipula della nuova Convenzione viene concessa solo se in presenza di giustificato motivo e in caso di scostamenti di entità esigua rispetto al totale delle assunzioni programmate nella precedente convenzione".*

Referente aziendale _____

Tel. _____ e-mail _____

Indicare in maniera puntuale il nominativo di **chi sottoscriverà la Convenzione**: es: il titolare/rappresentante legale o suo delegato/procuratore (in tal caso allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario + delega/procura).

L'azienda si impegna ad apporre sulla Convenzione esecutiva (ossia quella sottoscritta da entrambe le parti, protocollata e spedita via PEC) la marca da bollo da € 16. Una volta apposta la marca da bollo sulla Convenzione esecutiva, la stessa non dovrà essere rinviata al servizio SILD ma tenuta agli atti dell'azienda.

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*