



**Richiesta del NULLA OSTA
per l'assunzione nominativa di iscritti al Collocamento Mirato**

Prima della comunicazione obbligatoria UNILAV i datori di lavoro devono **richiedere il Nulla Osta** per assunzione di:

- persone con disabilità (**Art. 1** legge 68/99);
- altre categorie protette (**Art. 18** legge 68/99): orfani e vedove del lavoro/del servizio/di guerra/vittime del dovere/del terrorismo/profughi/orfani per crimini domestici/testimoni di giustizia/*care leavers*, ecc.

Tipologie contrattuali. Perché l'assunzione sia computabile ai sensi della L. 68/99:

- o il contratto di lavoro deve avere una **durata superiore a sei mesi**;
- o nel caso di aziende che abbiano sottoscritto **accordi di Convenzione I. 68/99** i **contratti di lavoro ammessi sono**:
 - tempo indeterminato;
 - determinato di almeno 12 mesi;
 - quanto diversamente stabilito nella convenzione sottoscritta.
- o il **contratto di somministrazione** non richiede il Nulla Osta bensì l'azienda utilizzatrice può richiedere il Computo (Art.34 co3 d.lgs. 81/2015). Per informazioni e procedure: 0651682922 - 2923 computi.sildcpicentro@regione.lazio.it

Procedura

È necessario inviare una PEC seguendo le indicazioni riportate di seguito (per eventuali **integrazioni o solleciti** si invita ad allegare nuovamente la documentazione completa):

A. Destinatario: sildcpicentro@pec.regione.lazio.it

B. Oggetto:

- Richiesta Nulla Osta_Nome Azienda_Nome lavoratore_art 1 oppure art 18
- Integrazione_Richiesta Nulla Osta_Nome Azienda_Nome lavoratore_art 1 oppure art 18
- Sollecito_Richiesta Nulla Osta_Nome Azienda_Nome lavoratore_art 1 oppure art 18

C. Documenti da inviare:

1. **Modulo di richiesta Nulla Osta**, di seguito allegato, da compilare in formato elettronico: la data di inizio del rapporto lavorativo deve essere posticipata di almeno sette giorni lavorativi dalla data di richiesta.
inoltre per una più rapida definizione della pratica, si consiglia di allegare anche:
2. **Certificato recente (max 30 gg) di iscrizione al Collocamento Mirato** della risorsa da assumere
3. **Certificato attestante il grado di invalidità riconosciuta e relazione conclusiva** nel caso di persona con disabilità art.1 Legge 68/99, **o Certificato attestante l'appartenenza alla categoria protetta** rilasciato dall'Ente preposto nel caso di categoria art.18 legge 68/99.



L'esito dell'istruttoria verrà comunicato **entro sette giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta** allo stesso indirizzo PEC da cui è pervenuta. Si invita ad attendere tali termini prima di procedere ad un eventuale sollecito e di seguire le istruzioni indicate nel riquadro precedente per effettuarlo.

Per informazioni: 06/51682877 - 2874 - 2845- 2857

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

Via R. Scintu, 106 – 00173 Roma

sildcpicentro@pec.regione.lazio.it**NULLA OSTA ai sensi della Legge 68/99**

Nome Azienda	C.F.	P.Iva	Settore attività	Indirizzo sede e telefono	PEC
per l'assunzione di:					
Cognome e Nome	C.F.	Iscritto al Centro per l'impiego di:	Categoria L. 68/99 (disabile art 1. o non disabile art. 18)	Qualifica	Indirizzo e telefono sede di lavoro

Tipologia di contratto:

- Tempo indeterminato
 Tempo determinato pari o superiore a 12 mesi
 Tempo determinato superiore a sei mesi
 Tempo determinato pari o inferiore a sei mesi
 Apprendistato

Orario di lavoro:

- Full-time
 Part-time (n. ore settimanali: _____ su n° ore _____ settimanali previste da CCNL)

Durata del contratto:

Data inizio	Data fine (solo per Tempo determinato e Apprendistato)

La durata del contratto è conforme a quanto stabilito dall'eventuale Convenzione stipulata

La richiesta è nominativa poiché trattasi:

- di azienda non soggetta agli obblighi della legge n. 68/99;
 di azienda disabile in soprannumero rispetto agli obblighi della legge n. 68/99;
 di azienda che occupa da 15 a 35 dipendenti;
 di azienda che occupa da 36 a 50 dipendenti;
 di azienda che occupa più di 50 dipendenti;
 di azienda che usufruisce di convenzione art. 11 legge n.68/99 stipulata con l'Ufficio S.I.L.D. di Roma in data _____

 Si dichiara che le condizioni economico-normative applicate sono conformi alle disposizioni legislative vigenti

 Si dichiara la volontà di assumere il/la lavoratore/lavoratrice disabile anche in assenza del referto della Diagnosi Funzionale ai sensi del DPCM 13/01/2000¹

Nominativo e Recapito telefonico da contattare in caso di necessità di chiarimenti: _____

(l'indicazione di un referente può favorire la positiva definizione della pratica)

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

Luogo e Data

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

¹ In questo caso si prescrive che sia il medico competente aziendale a valutare l'idoneità alla mansione