

Alla **Regione Lazio**

**DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE
E POLITICHE PER L'OCCUPAZIONE**

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

Ambito territoriale provincia di Frosinone

Ambito territoriale provincia di Latina
(specificare l'ambito territoriale di competenza)

Pec: sildlaziosud@pec.regione.lazio.it

Data _____

OGGETTO: Richiesta avviamento numerico disabili ex Art. 1 L. 68/99

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) _____

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

disabili in forza n. _____ scoperture n. _____

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:

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):

con orario di lavoro Pieno Parziale: n° ore settimanali _____ su CCNL di h/ _____

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