

SPAZIO PER ETICHETTA PROTOCOLLO

SPAZIO PER TIMBRO DATA ARRIVO

**ALLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA**  
 Servizio Istruzione, Formazione e Politiche del Lavoro  
**UFFICIO PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI**  
 Piazza Morgagni, 9  
 47121 FORLÌ (FC)  
 Fax N. 0543/714348 – 0543/447101 (\*)

(\*) La richiesta di nulla-osta si intende soddisfatta con il semplice invio a mezzo fax, senza necessità di ulteriore trasmissione della copia originale per posta.

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ASSUNZIONE DI UNA PERSONA ISCRITTA NEGLI ELENCHI TENUTI AI SENSI DELLA L.68/99 (258)**

DATI LAVOROANAGRAFICI DATORE DI	Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____, in qualità di legale rappresentante della ditta _____ (cod. fisc./ part. I.V.A. _____), con sede legale a _____ prov (____) C.A.P. _____ in Via _____ n. _____, telefono n. _____/_____ ed unità operative ubicate in Provincia di Forlì-Cesena, chiede di poter assumere presso l'unità operativa sita in _____ Via _____ n. _____ telefono n. _____/_____ la persona di seguito indicata, iscritta nell'elenco degli aventi diritto alla tutela del collocamento mirato di cui alla L. n. 68/1999 tenuto dalla Provincia di _____ (*):
	(*) E' possibile richiedere l'avviamento di lavoratori anche non iscritti negli elenchi tenuti ai sensi della L.68/99 dalla Provincia di Forlì-Cesena, purché gli stessi siano iscritti negli elenchi tenuti ai sensi della L.68/99 da una delle Amministrazioni Provinciali della Regione Emilia- Romagna.
DATI LAVORATORE ANAGRAFICI	Cognome _____ Nome _____, nato/a a _____ (____) il _____ cod. fisc _____ residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____ domiciliato/a a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____
	Categoria Legge 68/99: <input type="checkbox"/> <b>disabile</b> (civile, del lavoro, per servizio, sordomuto, ...) <input type="checkbox"/> <b>categoria protetta ex art. 18. co.2, L.68/99</b> (orfani/vedove di guerra, del lavoro, per servizio)
L.68/1999 CATEGORIA	A tal fine dichiara che:
	<input type="checkbox"/> la ditta non è soggetta agli obblighi della L. n.68/1999 con organico computabile pari a n. _____ dipendenti <input type="checkbox"/> la ditta è in obbligo ed occupa da 15 a 35 dipendenti (categoria di cui all'art.3, co. 1, lett.c) della L.68/99) <input type="checkbox"/> la ditta è in obbligo ed occupa da 36 a 50 dipendenti (categoria di cui all'art.3, co. 1, lett.b) della L.68/99) <input type="checkbox"/> la ditta è in obbligo ed occupa oltre 50 dipendenti (categoria di cui all'art.3, co. 1, lett.a) della L.68/99) <input type="checkbox"/> l'assunzione è in soprannumero rispetto agli obblighi della L. n.68/1999
MOTIVO	

CONVENZIONE

la ditta ha una convenzione in atto con l'Ufficio per il Diritto al Lavoro dei Disabili:

- SI ( indicare numero di protocollo accettazione n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )
- NO

il lavoratore verrà assunto a far data dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ secondo quanto indicato di seguito:

TIPO  
CONTRATTO

- tempo indeterminato  tempo determinato fino al \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
- inserimento fino al \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  apprendistato fino al \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tipologia contratto \_\_\_\_\_

ORARIO  
SETTIMANALE

- tempo pieno (specificare ore settimanali previste dal CCNL di riferimento \_\_\_\_\_)
- part-time \_\_\_\_\_ ore settimanali (specificare ore sett.li previste dal CCNL di riferimento \_\_\_\_\_)

INQUADRAMENTO

Codice (\*) qualifica \_\_\_\_\_ descrizione qualifica \_\_\_\_\_ livello \_\_\_\_

Codice (\*) CCNL applicato \_\_\_\_\_ descrizione CCNL applicato \_\_\_\_\_

(\*) specificare i codici che verranno utilizzati in sede di comunicazione obbligatoria preventiva di avviamento

ART. 9, CO/4DISABILITA'

Da compilare ove sussista la condizione:

- La ditta dichiara di essere consapevole della disabilità della persona di cui all'articolo 9, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n.68 (\*)

(\*) I disabili psichici vengono avviati su richiesta nominativa

NOTE

Estremi indirizzo posta elettronica per comunicazioni da parte dell'Ufficio per il diritto al lavoro dei disabili e, in caso di mancata adesione al servizio "la tua pratica on-line", per specificazione numero e data protocollo relativi all'autorizzazione all'assunzione di cui alla presente richiesta:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

In fede.

Lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del legale rappresentante)