

Timbro/Carta intestata azienda

All' **AGENZIA REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO (ARPAL) – REGIONE PUGLIA**

Ufficio Inserimento Mirato Disabili – Ambito provinciale di

- BARI
- BRINDISI
- BAT
- FOGGIA
- LECCE
- TARANTO

Richiesta di nulla osta per l'assunzione nominativa di personale disabile o categorie protette di cui alla L. 68/99.

Il/la sottoscritto/a _____ in nome e per conto dell'Azienda _____ esercente l'attività di _____ con sede Legale a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ E-mail _____ PEC* _____ partita IVA e/o codice fiscale _____

CHIEDE il rilascio del nulla - osta per:

- l'assunzione nominativa ai sensi dell'art. 7, comma 1, della Legge 68/99;
- l'assunzione nominativa in forza alla Convenzione stipulata in data _____ prot. n. _____ ai sensi dell'art. 11, commi 1, 2 e 3 della Legge 68/99;
- il computo del lavoratore somministrato (minimo 12 mesi) tramite l'agenzia di somministrazione _____ con sede in _____ cap _____ indirizzo _____

del/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____ a _____ (prov. _____) e residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____ Codice Fiscale _____ titolo di studio _____ con la qualifica di _____ e di _____ le _____ specifiche _____ mansioni _____ di _____

con utilizzo di macchine, utensili e altro (descrivere dettagliatamente): _____

_____ inquadrato nel livello _____ presso la sede di _____

Categoria di appartenenza

- Invalido civile
- Invalido del lavoro
- Invalido per servizio
- Invalido civile di guerra
- Orfano/i e vedove/i per causa di guerra, servizio o lavoro e categorie equiparate (art. 18, comma 2, L. 68) _____ (specificare)

Tipologia contrattuale

- a tempo indeterminato
 pieno parziale orizzontale n. ore settimanali _____ (sup. 50% orario settimanale)*
 verticale con articolazione su base _____
 misto
- a tempo determinato mesi _____ (superiore a 6 mesi)
 pieno parziale orizzontale n. ore settimanali _____ (sup. 50% orario settimanale)*
 verticale con articolazione su base _____
 misto
- contratto di somministrazione con durata della missione di almeno 12 mesi;
- tirocinio di inserimento lavorativo _____ mesi _____ (solo in caso di sottoscrizione della Convenzione ex art. 11, commi 1, 2 e 3 L. 68/99)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto, ai fini del rilascio dell'atto di cui alla presente richiesta, premettendo che è a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **DICHIARA** quanto segue a titolo sostitutivo delle relative certificazioni e/o a titolo sostitutivo dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.):

Alla data odierna, escluso il lavoratore sopra indicato, questa/o Azienda/Ente occupa

n _____ lavoratori (base computo a livello territoriale/provinciale);

n _____ lavoratori disabili art. 1 L. 68/99 (a livello territoriale/provinciale);

n _____ lavoratori art.18 L. 68/99 (a livello territoriale/provinciale);

Il sottoscritto dichiara inoltre che la richiesta di assunzione di cui sopra è determinata da:

- in attuazione del programma assunzione stabilito nella Convenzione ex art. 11 Legge 68/99 sottoscritta con la Regione Puglia e/o Arpal Puglia - Ambito territoriale di _____, in data _____ prot. _____;
- incremento di organico aziendale tale da determinare/modificare l'obbligo o da incidere sul computo della quota di riserva;
- cessazione di rapporto di lavoro di dipendente del_Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ C.F. _____ assunto/a ai sensi del collocamento obbligatorio;
- assunzione effettuata da azienda non soggetta agli obblighi occupazionali di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68;
- altro (specificare) _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO²

* Si informa che per il computo dei lavoratori disabili occupati part-time si considera l'orario prestato singolarmente da ciascun lavoratore e che lo stesso va rapportato al normale orario a tempo pieno, con arrotondamento ad unità qualora l'orario prestato sia superiore al 50 per cento dell'orario ordinario (cfr. Circolare MLPS n. 41/2000 e nota MLPS n. 77 del 01.11.2005). Solo per i datori di lavoro che occupano **da 15 a 35 dipendenti**, qualora assumano con contratto a tempo parziale un lavoratore disabile ora con l'invalidità superiore al 50 per cento, è possibile il computo come unità intera a prescindere dall'orario di lavoro svolto (cfr. art. 3, comma 5, D.P.R. n. 333/2000).

² La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000)