

Intestazione azienda

Al Centro per l'impiego di

OGGETTO: Richiesta di nulla osta per assunzione nominativa - L. 68/99

Legale Rappresentante

Ragione sociale azienda

Partita IVA

Cod. Ateco

Con sede legale in

Cap

Indirizzo

Unità produttiva in

Cap

Indirizzo

Telefono

PEC (verrà utilizzata per l'invio del nulla osta)

e-mail

RICHIEDE il rilascio di nulla osta per:

- L'assunzione nominativa ai sensi dell'art. 7 della L. 68/99;
- L'assunzione nominativa in forza alla convenzione stipulata in data prot. n. ai sensi dell'art. 11 della L. 68/99;
- L'assunzione nominativa in forza alla convenzione stipulata in data prot. n. ai sensi dell'art. 14 del D. lgs. 276/2003;
- Il computo del lavoratore somministrato (minimo 12 mesi) tramite l'agenzia di somministrazione con sede in
Cap Indirizzo

Dati del lavoratore / della lavoratrice

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Cittadinanza (Per extracomunitari allegare permesso soggiorno)

Indirizzo

Cap

Comune

Indirizzo

Telefono

e-mail

Categoria di appartenenza Persona con disabilità (art. 1 L. 68/99)
 Categorie protette (art. 18 L. 68/99)

Condizioni contrattuali

Livello CCNL Qualifica

Per svolgere la/e mansione/i di

Tempo indeterminato Pieno
 Parziale n. ore settimanali
 Se apprendistato n. mesi formazione

Tempo determinato Pieno
 Parziale n. ore settimanali
 n. mesi

(ai fini del rilascio del nulla osta il rapporto di lavoro deve essere di durata pari o superiore a 180 giorni)

Qualsiasi modifica che attiene il contratto, successiva alla sua stipula (trasformazione del contratto, cambio di mansione, cambio del profilo orario, etc.), non è soggetto a monitoraggio da parte del Centro per l'impiego.

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 provinciale)

n. lavoratori disabili art. 1 L. 68/99 (livello provinciale)

n. lavoratori art.18 L. 68/99 a livello provinciale

Riferimenti:

Persona da contattare per chiarimenti sulla presente richiesta:

Nominativo

Ruolo

Telefono

E-mail

Allegati:

- Esito visita idoneità specifica alla mansione del medico competente aziendale (solo in caso di persone con disabilità - art. 1 L.68/99)
- Copia di documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante, se firma autografa

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679, sono disponibili sul sito dell'Agenzia Piemonte Lavoro:

[Privacy policy - Agenzia Piemonte Lavoro](#) Informativa n. 10

Luogo

Data

Timbro azienda e Firma Legale Rappresentante _____

Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (fronte retro) in corso di validità del soggetto sottoscrittore del modello.