

Al Centro per l'Impiego di _____
Servizio Collocamento mirato
Pec: [regione.marche.centroimpiego](mailto:regione.marche.centroimpiego@emarche.it) @emarche.it

**RICHIESTA RILASCIO NULLA OSTA ART. 7 LEGGE 68/99 PER ASSUNZIONE NOMINATIVA CATEGORIE
PROTETTE DISABILI (art. 1 Legge 68/99) SOMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto _____
Legale Rappresentante dell'Agenzia di somministrazione _____
con sede legale a _____ Via _____ Tel. _____
Sede agenzia di assunzione _____
P.IVA _____ PEC: _____
Referente aziendale _____ e-mail _____
Telefono _____

Chiede il rilascio del nulla-osta nominativo per l'assunzione del lavoratore

Nome e Cognome _____ Luogo nascita _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
Codice fiscale _____ Cittadinanza _____
Titolo di studio _____ Mail _____
iscritto nell'elenco di cui all'art. 8 Legge 68/99 del Centro per l'Impiego di _____
dal _____ percentuale Invalidità _____

Qualifica di assunzione: _____

Descrizione dettagliata della mansione: _____

Descrizione postazione lavorativa _____

Livello di inquadramento _____ C.C.N.L. di riferimento _____

Medico competente di cui al D.lgs. 81/2008:

Nome Cognome _____ Tel _____ Mail _____

Con la seguente tipologia contrattuale:

Tempo indeterminato Apprendistato

Tempo determinato durata _____

(ai fini dell'assolvimento dell'obbligo, nell'azienda utilizzatrice, il rapporto di lavoro non deve essere inferiore ai dodici mesi)

Tempo pieno

Tempo parziale ore sett.li _____

L'assunzione avverrà entro il _____

Il Lavoratore sarà inviato in missione presso:

Azienda utilizzatrice _____

Con sede legale _____

sede di assunzione _____

Via _____ Tel. _____

P.IVA _____ PEC: _____

Referente aziendale _____ e-mail _____

Telefono _____

Missione dal _____ al _____

(ai fini del computo nella quota di riserva L. n. 68/99 dell'Azienda Utilizzatrice, la missione del lavoratore disabile presso lo stesso utilizzatore deve essere continuativa e non inferiore a 12 mesi)

Tempo pieno Tempo parziale ore sett.li _____

- in tale periodo il lavoratore disabile sopraindicato dovrà essere computato nella quota d'obbligo ex L. 68/99 dell'azienda utilizzatrice ai sensi dell'art. 34, comma 3, ultimo periodo, D. Lgs. 15 giugno 2015, n. 81

Luogo e Data

Per l'Agenzia Somministratrice
Il legale rappresentante (Nome e Cognome)
(firmato digitalmente)

Per l'Azienda Utilizzatrice
Il Legale Rappresentante (Nome e Cognome)
(firmato digitalmente)

Si allegano:

Copia fronte-retro della Carta d'Identità del Legale Rappresentante dell'Azienda Somministratrice e dell'Azienda Utilizzatrice.