



**REGIONE CALABRIA  
GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO LAVORO E WELFARE  
SETTORE 03 - COORDINAMENTO RETI CENTRI PER L'IMPIEGO**

---

*Assunto il 12/01/2022*

*Numero Registro Dipartimento: 49*

DECRETO DIRIGENZIALE

**“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”**

**N°. 277 del 17/01/2022**

**OGGETTO: MODIFICA E INTEGRAZIONE AL D.D.G. N. 3867 DEL 24/04/2018 "  
APPROVAZIONE LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL COLLOCAMENTO MIRATO NEI  
CENTRI PER L'IMPIEGO DELLA REGIONE CALABRIA A SEGUITO DELLE DISPOSIZIONI DI  
RAZIONALIZZAZIONE E SEMPLIFICAZIONE DETTATE IN MATERIA DI RAPPORTO DI  
LAVORO E PARI OPPORTUNITÀ DAL D.LGS. N. 151 DEL 14/09/2015" E S.M.I. .**

**Dichiarazione di conformità della copia informatica**

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

## IL DIRIGENTE DI SETTORE

### VISTI:

- la Legge 12 marzo 1999, n.68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”;
- il D.P.R. n. 333 del 10 ottobre 2000 “ Regolamento di esecuzione per l’attuazione della L. 68/1999;
- il D.P.C.M. del 13 gennaio 2000 “ Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell’art.1, comma 4, della legge 12/03/1999 n. 68;
- la Legge 23 novembre 1998 n. 407 “Nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata “ e ss.mm.ii;
- la Legge 29 marzo 1985 n. 113 “ Aggiornamento della disciplina del collocamento mirato al lavoro e del rapporto di lavoro dei centralinisti non vedenti;
- il D.P.R. 18 giugno 1997, n. 246 “ Regolamento recante modificazioni al Capo IV del D.P.R.487/1994, in materia di assunzioni obbligatorie presso gli Enti Pubblici “;
- il D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e s.m. e i. ;
- il D.lgs. 14 settembre 2015, n. 150 recante "Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'art. 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014 n.183”;
- il D.lgs n. 151 del 14 settembre 2015 “ Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione alla legge 10 dicembre 2014 n. 183;
- il D.D.G. n. 3867 del 24/04/2018 “ Approvazione Linee Guida per la gestione del collocamento Mirato nei Centri per l’Impiego della Regione Calabria a seguito delle disposizioni di razionalizzazione e semplificazione dettate in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità dal D.lgs. n. 151 del 14/09/2015”;
- il D.D.G. n. 12561 del 06/11/2018 “ Decreto Dirigenziale n. 11079 del 10/10/2018 -Modifiche Linee Guida”;
- la Direttiva n.1/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri “ Chiarimenti e linee guida in materia di collocamento obbligatorio delle categorie protette. Articoli 35 e 39 e seguenti del decreto legislativo 30 marzo 2011,n.165- Legge 12 marzo 1999, n. 68 – Legge 23 novembre 1998, n. 407- Legge 11 marzo, n.25”;
- il D.D.G.n. 1896 del 18/02/2019 “ Legge 68/99 e s.m.i. - Modifiche linee guida di cui al D.D.G. n. 12561 del 06/11/2018;
- la Delibera Giunta Regionale n. 272 del 21/06/2019 recante per oggetto “ Approvazione Regolamento per i servizi del Collocamento Mirato e la costituzione dei Comitati Tecnici;
- il Regolamento Regionale n. 13 del 21/06/2019 “Regolamento per i Servizi del Collocamento Mirato e la costituzione dei Comitati Tecnici”
- il Decreto Legge n. 4/2019 convertito in Legge n. 26/2019 art. 4, comma 15 quater recante : “Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni”;

**DATO ATTO** che con D.D.G. n. 3867 del 24/04/2018 “ Approvazione Linee Guida per la gestione del collocamento Mirato nei Centri per l’Impiego della Regione Calabria a seguito delle disposizioni di razionalizzazione e semplificazione dettate in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità dal D.lgs. n. 151 del 14/09/2015” – sono stati decretati anche i modelli da utilizzare dai collocamenti mirati per la gestione uniforme delle procedure sul territorio della Regione Calabria ;

### TENUTO CONTO :

- del Decreto Legge n. 4/2019 convertito in Legge n. 26/2019 art. 4, comma 15 quater recante “Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni.”;
- del D.D.G. n. 11973 del 25/11/2021 avente per oggetto “ Adempimenti Conseguenti al D.P.G.R. n. 180 del 07/novembre 2021. Approvazione Micro- Struttura Organizzativa del Dipartimento Lavoro e Welfare”

**RITENUTO** necessario modificare la modulistica da utilizzare presso i Centri per l'impiego della Regione Calabria - Collocamento Mirato, alla luce della predetta normativa;

**VISTI:**

- il D.P.R. n. 445.2000 Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa;
- la legge regionale n.34 del 2002 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza;
- la L.R. n. 7/96;
- il D.P.G.R. n. 354 del 24.06.99 e s.m.i.;
- la L.R. n. 8/2002;
- il D.D.G. 2336 del 08/03/2021 avente oggetto " Conferimento incarico di posizione organizzativa di prima fascia denominata coordinamento attività dei Centri per l'Impiego,istituata presso Settore 2 Centri per l'Impiego Funzioni Territoriali " dipendente Astorino Angelina matricola 1002939;
- il D.P.G.R. n. 180 del 07/11/2021 avente oggetto "Regolamento di riorganizzazione delle strutture della Giunta regionale. Abrogazione regolamento regionale 19 febbraio 2019,n.3;
- il D.P.G.R. n. 186 del 08/11/2021 avente oggetto "Conferimento dell' Incarico di Dirigente Generale Reggente del Dipartimento "Lavoro,e Welfare" della Giunta Regionale della Regione Calabria.
- il D.D.G. n.11713 del 17/11/2021 avente per oggetto "D.P.G.R. 180 del 07/11/2021.Adempimenti Dipartimento Lavoro e Welfare: Conferimento incarichi di reggenza ai Dirigenti non apicali" con cui è stato conferito l'incarico temporaneo di reggenza del Settore 3 "Coordinamento Reti Centri per l'Impiego" alla Dott.ssa Rosalba Barone ;
- il D.D.G. n. 11973 del 25/11/2021 avente per oggetto " Adempimenti Conseguenti al D.P.G.R. n. 180 del 07/novembre 2021. Approvazione Micro- Struttura Organizzativa del Dipartimento Lavoro e Welfare"

**DATO ATTO** che il presente decreto non comporta oneri di spesa sul bilancio regionale

**ATTESTATA**, sulla scorta dell'istruttoria effettuata dal responsabile del procedimento,la regolarità amministrativa nonché la legittimità e correttezza del presente atto;

**DECRETA**

Per quanto espresso in premessa che forma parte integrante e sostanziale del presente atto di :

**MODIFICARE E INTEGRARE** il D.D.G. n. 3867 del 24/04/2018 " Approvazione Linee Guida per la gestione del collocamento Mirato nei Centri per l'Impiego della Regione Calabria a seguito delle disposizioni di razionalizzazione e semplificazione dettate in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità dal D.lgs. n. 151 del 14/09/2015" ,nella parte relativa alla modulistica utilizzata dai Centri per l'impiego della Regione Calabria - Collocamento Mirato;

**PRENDERE** atto delle nuove disposizioni in ordine allo stato occupazionale introdotte dal Decreto Legge n. 4/2019 convertito in Legge n. 26/2019 art. 4, comma 15 quater recante "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni." e del D.D.G. n. 11973 del 25/11/2021 avente per oggetto " Adempimenti Conseguenti al D.P.G.R. n. 180 del 07/novembre 2021. Approvazione Micro- Struttura Organizzativa del Dipartimento Lavoro e Welfare";

**APPROVARE** l'Allegato A , che è parte integrante e sostanziale del presente decreto,inerenti i nuovi modelli da utilizzare presso i Centri per l'impiego della Regione Calabria - Collocamento Mirato aggiornati con le normative vigenti e secondo la nuova Micro Struttura Organizzativa del Dipartimento Lavoro e Welfare;

**NOTIFICARE** il presente atto ai Centri per l'Impiego della Regione Calabria;

**PROVVEDERE** alla pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011,n.11 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679;

**PROVVEDERE** alla pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale della Regione Calabria ,ai sensi del D.lgs14 marzo 2013 , n.33 e ai sensi della Legge 6 aprile 2011,n.11 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679;

**Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale da proporsi entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da proporsi entro 120giorni.**

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento

**ASTORINO ANGELINA**  
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente

**BARONE ROSALBA**  
(con firma digitale)



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana  
di \_\_\_\_\_

**Istanza di iscrizione/reiscrizione/aggiornamento nelle liste del collocamento mirato**  
(Categorie art. 1 c. 1 della legge 12 marzo 1999 N. 68)

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di essere iscritto                       di essere reiscritto                       di aggiornare l'iscrizione

Negli elenchi di cui all'art. 8 della legge 68/99, categoria:

- Invalidi civili     Invalidi di guerra e invalidi civili di guerra  
 Invalidi del lavoro                                       Invalidi per servizio  
 Persone non vedenti                                       Beneficiari dell'Assegno ordinario di invalidità  
 Sordi

Consapevole delle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46

**DICHIARA**

- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ e di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità (cittadini extracomunitari)  
 di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 di essere in possesso della qualifica professionale di \_\_\_\_\_  
 di essere disoccupato dalla data del \_\_\_\_\_ e di avere reso la dichiarazione di immediata disponibilità  
 di non essere iscritto negli elenchi della L.68/99 di nessuna altra provincia  
 di non svolgere un'attività lavorativa  
 di svolgere attività di lavoro dipendente (da cui deriva, per l'anno solare in corso, un reddito non superiore al reddito imponibile fiscale superiore a quello stabilito dalla normativa vigente di € 8.145,00) e che il reddito prospettico presunto imputabile all'anno in corso è di €. \_\_\_\_\_



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

- di svolgere attività di lavoro autonomo - P. IVA n° \_\_\_\_\_ (da cui deriva, per l'anno solare in corso, un reddito non superiore al reddito imponibile fiscale presunto superiore a quello stabilito dalla normativa vigente : € 4.800,00) con Reddito pari ad € \_\_\_\_\_
- di essere disponibile ad essere avviato presso i seguenti datori di lavoro:
- Enti pubblici       Ditte private       Entrambi

Inoltre, ai fini della formazione della graduatoria provinciale annuale secondo i criteri di cui alla tabella allegata al D.P.R. 18 Giugno 1997, n°246/97 "Criteri per la formazione delle graduatorie",

**Dichiara**

Che il proprio stato civile è il seguente:

- Celibe/Nubile  
 Coniugato/a  
 Vedovo/a  
 Stato libero/a  
 Divorziato/a

di avere a carico i seguenti familiari:

- coniuge convivente e disoccupato

Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- n. \_\_\_ figli minorenni conviventi e a carico

n. \_\_\_ figli maggiorenni fino al compimento del 26° di età se studenti e disoccupati, conviventi e a carico:

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
studente presso \_\_\_\_\_

2. Nome e cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
studente presso \_\_\_\_\_

- n. \_\_\_ figli senza limiti di età se invalidi permanentemente inabili al lavoro, conviventi e a carico:

• Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
• Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- n. \_\_\_ fratelli o sorelle minorenni conviventi e a carico

• Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Di aver percepito un reddito lordo individuale, in base all'ultima dichiarazione dei redditi (anno \_\_\_\_\_) di € \_\_\_\_\_ derivante dal patrimonio immobiliare e mobiliare e dall'imponibile IRPEF escluse le sole prestazioni a carattere risarcitorio (ad esempio rendita INAIL, pensione di guerra e servizio, assegno di invalidità civile)

**Dichiara, altresì,**

Che successivamente alla data del \_\_\_\_\_ (data verbale) non è stato sottoposto a visita e che, pertanto, NON E' IN POSSESSO DI ALTRI VERBALI DI INVALIDITA'.

**Dichiara, infine**

Di aver ricevuto e di aver preso visione dell'informativa in merito al trattamento dei dati personali prevista dall'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679;

Di essere a conoscenza che l'Ufficio per il Collocamento Mirato potrà disporre idonei controlli sulla veridicità della presente dichiarazione;

Di impegnarsi a comunicare all'ufficio qualsiasi variazione delle suddette dichiarazioni.



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

la comunicazione dei propri dati, esclusivamente e direttamente, ai datori di lavoro per le finalità di cui alla legge 68/99.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allega

- Verbale di invalidità art. 20 comma 1 L. 3/08/2009 n. 102 e Verbale di Accertamento ai fini del Collocamento Mirato;**
- Dichiarazione INAIL e relazione conclusiva o diagnosi funzionale;**
- Decreto di concessione della pensione da cui risulti l'invalidità e la categoria della minorazione;**
- Dichiarazione dell'Amministrazione da cui dipendeva l'invalido, relativamente alla causa di servizio;**
- Fotocopia fronte/retro, non autenticata, di un documento di riconoscimento in corso di validità**



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana  
di \_\_\_\_\_

### **Istanza di iscrizione/reiscrizione/aggiornamento**

(Categorie appartenenti all'art. 18 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e alla legge 23 novembre 1998, n. 407)

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### **Chiede**

di essere iscritto                       di essere reinscritto                       di aggiornare l'iscrizione

negli elenchi di cui all'art. 8 della legge 68/99

#### **In via principale, in qualità di:**

- Coniuge superstite/orfano di caduto per causa di lavoro
- Coniuge superstite/orfano di caduto per causa di servizio
- Coniuge superstite/orfano di caduto per causa di guerra
- Profugo italiano rimpatriato
- Vittima del terrorismo, della criminalità organizzata e del dovere

#### **Esclusivamente in via sostitutiva<sup>1</sup> dell'avente diritto a titolo principale, in qualità di:**

- Equiparato coniuge/orfano di caduto per causa di lavoro
- Equiparato coniuge/orfano di caduto per causa di servizio
- Equiparato vedove/orfano di caduto per causa di guerra
- Coniuge e figli di vittima del terrorismo, criminalità organizzata e del dovere
- Fratelli di vittima del terrorismo, criminalità organizzata e del dovere
- Congiunti del personale appartenente alle Forze Armate e delle Forze di polizia

Consapevole delle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46

<sup>1</sup> L'iscrizione dei congiunti in via sostitutiva è consentita nel caso in cui l'invalidità abbia comportato il decesso o la cessazione del rapporto di impiego dell'avente diritto a titolo principale; è consentita, inoltre, nel caso in cui l'avente diritto a titolo principale sia stato cancellato dagli elenchi del collocamento mirato senza mai essere stato avviato ad attività lavorativa, per causa a lui non imputabile.



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

**Dichiara**

- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della qualifica professionale di \_\_\_\_\_
- di avere reso la dichiarazione di immediata disponibilità e di essere disoccupato
- di non essere iscritto negli elenchi della L.68/99 di nessuna altra provincia
- di non svolgere attività lavorativa
- di svolgere attività di lavoro dipendente (da cui deriva, per l'anno solare in corso, un reddito non superiore al reddito imponibile fiscale superiore a quello stabilito dalla normativa vigente di € 8.145,00);<sup>2</sup> e che il reddito prospettico presunto imputabile all'anno in corso è di €. \_\_\_\_\_
- di svolgere attività di lavoro autonomo - P. IVA n° \_\_\_\_\_ (da cui deriva, per l'anno solare in corso, un reddito non superiore al reddito imponibile fiscale presunto superiore a quello stabilito dalla normativa vigente : € 4.800,00);reddito percepito € \_\_\_\_\_
- di essere disponibile ad essere avviato presso i seguenti datori di lavoro:
- Enti pubblici     Ditte private     Entrambi

***Ai fini della richiesta di iscrizione, compilare la sezione di interesse***

**Coniuge/Orfano di caduto per causa di servizio ed Equiparati**

***Categoria di iscrizione richiesta***

- Coniuge     Orfano     Equiparato coniuge     Equiparato orfano

**Dichiara**

Che il dante causa (*dati del deceduto/grande invalido*) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

è deceduto in servizio per causa di servizio, come da dichiarazione dell'Amministrazione di appartenenza

è pensionato privilegiato di prima categoria/gode del trattamento di incollocabilità

Allega:

- dichiarazione dell'Amministrazione di appartenenza attestante il decesso in servizio per causa di servizio
- autocertificazione dello stato di famiglia alla data del decesso del congiunto

**nel caso degli equiparati:**

- dichiarazione attestante che il dante causa è Grande invalido rilasciato dall'Amministrazione di appartenenza e che lo stesso è beneficiario di pensione privilegiata di I categoria;
- autocertificazione dello stato di famiglia da cui emerge il grado di parentela con il dante causa, alla data del riconoscimento dell'inabilità del congiunto
- dichiarazione di responsabilità con la quale si attesta che il dante causa non ha mai usufruito del collocamento mirato

**Coniuge/ Orfano di caduto per causa di Guerra ed Equiparati**

***Categoria di iscrizione richiesta***

- Coniuge     Orfano     Equiparato coniuge     Equiparato orfano

**Dichiara:**

Che il dante causa (*dati del deceduto o del grande invalido*) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

è deceduto per causa di guerra

è stato riconosciuto grande invalido per fatto di guerra

Allega:

<sup>2</sup> L'iscrizione delle vittime e familiari di vittime del terrorismo, della criminalità organizzata e del dovere, nonché degli orfani o coniugi superstiti di caduti per causa di lavoro, prescinde dallo stato di disoccupazione.



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

- certificato di iscrizione nell'elenco generale tenuto dal Comitato Provinciale dell'Opera Nazionale Orfani di guerra presso la Prefettura (orfani);
- dichiarazione rilasciata dalla Direzione generale delle pensioni di guerra (o modello 331 ) (vedova);
- autocertificazione dello stato di famiglia da cui emerge il grado di parentela con il dante causa, alla data del decesso del congiunto

**nel caso degli equiparati:**

- dichiarazione attestante che il coniuge è divenuto permanentemente inabile a qualsiasi lavoro per fatto di guerra
- autocertificazione dello stato di famiglia da cui emerge il grado di parentela con il dante causa, alla data del riconoscimento dell'inabilità del congiunto
- dichiarazione di responsabilità con la quale si attesta che il dante causa non ha mai usufruito del collocamento mirato

**Coniuge superstite di caduto per fatto di lavoro o in alternativa orfano di caduto per fatto di lavoro ed equiparati**

**Categoria di iscrizione richiesta**

- Coniuge       Orfano       Equiparato coniuge       Equiparato orfano

**Dichiara**

Che il dante causa (*dati del deceduto o del grande invalido*) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

è deceduto per causa di lavoro

è stato riconosciuto grande invalido

Allega:

- dichiarazione INAIL attestante che il genitore è deceduto per causa di lavoro o a seguito dell'aggravarsi delle infermità che hanno dato luogo a trattamenti di rendita da infortunio sul lavoro.
- autocertificazione dello stato di famiglia da cui emerge il grado di parentela con il dante causa, alla data del decesso del congiunto

**nel caso degli equiparati:**

- dichiarazione attestante che il congiunto è divenuto permanentemente inabile a qualsiasi lavoro per causa di lavoro rilasciato dall' INAIL per invalidi del lavoro
- autocertificazione dello stato di famiglia da cui emerge il grado di parentela con il dante causa, alla data alla data del riconoscimento dell'inabilità del congiunto
- dichiarazione di responsabilità la quale si attesta che il dante causa non ha mai usufruito del collocamento mirato

**Profughi italiani rimpatriati**

**Dichiara:**

che la qualifica di Profugo italiano rimpatriato è stata riconosciuta dalla e di essere disoccupato ai sensi della normativa vigente dalla data del \_\_\_\_\_

Allega: attestazione della condizione di profugo italiano rilasciata dalla prefettura di residenza

**Vittima del terrorismo, della criminalità organizzata e del dovere**

**Categoria di iscrizione richiesta:**

- vittima del terrorismo       vittima della criminalità organizzata       vittima del dovere

Allega: Certificazione rilasciata dal Ministero dell'Interno relativo al riconoscimento dello status di vittima

**Coniuge, figli o fratelli delle vittime del terrorismo, della criminalità organizzata e del dovere**

**Categoria di iscrizione richiesta**

- Coniuge       Figlio       Fratello (**solo se unico superstite, convivente e a carico della vittima**)

**Dichiara**

Che il dante causa (*dati della vittima*) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ è stato riconosciuto:

- Vittima del Terrorismo       Vittima della criminalità organizzata       Vittima del dovere



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Allega:

- documentazione comprovante il decesso o l'invalità permanente del dante causa a seguito di atti di terrorismo o della criminalità organizzata rilasciata dalla Prefettura o documentazione attestante lo status di vittima del dovere
- autocertificazione dello stato di famiglia da cui emerga il grado di parentela con la vittima, alla data dell'evento
- dichiarazione di responsabilità con la quale si attesta che la vittima non ha mai usufruito del collocamento mirato, nel caso di invalidità permanente

**Congiunti del personale appartenente al personale delle Forze armate e delle Forze di polizia deceduto o reso permanentemente inabile al servizio (art.34 l. 3/2003)**

***Categoria di iscrizione richiesta***

- Coniuge                       Figlio                       Fratello (**solo se unico superstite, convivente e a carico**)  
 Genitori (**solo se unici superstiti, conviventi e a carico**)

**Dichiara**

Che il dante causa *dati della vittima* Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ appartenente al personale delle Forze armate e delle Forze di polizia (art.34 l. 3/2003) è:

- deceduto                                       divenuto permanentemente inabile al servizio

Allega:

- documentazione comprovante il decesso o l'inabilità al servizio per effetto di eventi delittuosi
- autocertificazione dello stato di famiglia da cui emerga il grado di parentela con la vittima, alla data dell'evento

**Dichiara**

***(tale dichiarazione deve essere resa da orfani/equiparati orfani dei caduti per causa di guerra, di servizio e di lavoro )***

- non aver compiuto il 18° anno di età al momento del decesso del genitore o dell'infortunio che ha determinato il riconoscimento di grande invalido con pensione di I° Cat. del genitore;
- di avere un'età tra i 18 anni compiuti e i 21 anni non compiuti al momento del decesso del genitore o dell'infortunio che ha determinato il riconoscimento di grande invalido con pensione di I° Cat. e di essere studente di Scuola Media Superiore;
- di avere un'età tra i 21 anni compiuti e i 26 anni non compiuti al momento del decesso del genitore o dell'infortunio che ha determinato il riconoscimento di grande invalido con pensione di I° Cat. e di essere studente Universitario

Ai fini della formazione della graduatoria provinciale annuale secondo i criteri di cui alla tabella allegata al D.P.R. 18 Giugno 1997, n°246/97 "Criteri per la formazione delle graduatorie"

**Dichiara, altresì**

Che il proprio stato civile è il seguente:

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Vedovo/a
- Stato libero/a
- Divorziato/a

di avere a carico i seguenti familiari:

- coniuge convivente e disoccupato

Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- n. \_\_\_ figli minorenni conviventi e a carico



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

n. \_\_\_ figli maggiorenni fino al compimento del 26° di età se studenti e disoccupati, conviventi e a carico.

1. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
studente presso \_\_\_\_\_
2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
studente presso \_\_\_\_\_
3. n. \_\_\_ figli senza limiti di età se invalidi permanentemente inabili al lavoro, conviventi e a carico:
  - Nome e Cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_
  - Nome e Cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_
4. n. \_\_\_ fratelli o sorelle minorenni conviventi e a carico
  - Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Di aver percepito un reddito lordo individuale, in base all'ultima dichiarazione dei redditi di € \_\_\_\_\_ derivante dal patrimonio immobiliare e mobiliare e dall'imponibile IRPEF escluse le sole prestazioni a carattere risarcitorio (ad esempio rendita INAIL, pensione di guerra e servizio, assegno di invalidità civile)

**Dichiara, infine**

Di aver ricevuto e di aver preso visione dell'informativa in merito al trattamento dei dati personali prevista dall'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679;

Di essere a conoscenza che l'Ufficio per il Collocamento Mirato potrà disporre idonei controlli sulla veridicità della presente dichiarazione;

Di impegnarsi a comunicare all'ufficio qualsiasi variazione delle suddette dichiarazioni.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
 AUTORIZZA  NON AUTORIZZA

la comunicazione dei propri dati, esclusivamente e direttamente, ai datori di lavoro per le finalità di cui alla legge 68/99.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

**Allega fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento in corso di validità**



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana  
di \_\_\_\_\_

**Istanza di iscrizione/reiscrizione/aggiornamento  
(Legge 113/85 e ss.mm.ii. )**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domicilio \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di essere iscritto                       di essere reiscritto                       di aggiornare l'iscrizione

nell'elenco di cui all'art. 6, comma 7, della Legge 113/85, in qualità di Centralinista Telefonico non vedente.

Consapevole delle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46

**DICHIARA**

- di essere iscritto/a anche nell'elenco dei centralinisti telefonici non vedenti della Provincia di \_\_\_\_\_  
 di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ e di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità (cittadini extracomunitari)  
 di essere disoccupato dalla data del \_\_\_\_\_ e di avere reso la dichiarazione di immediata disponibilità al Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_  
 di non svolgere un'attività lavorativa  
 di svolgere attività lavoro dipendente (da cui deriva, per l'anno solare in corso, un reddito non superiore al reddito imponibile fiscale superiore a quello stabilito dalla normativa vigente di € 8.145,00) e che il reddito prospettico presunto imputabile all'anno in corso è di €. \_\_\_\_\_  
 di svolgere attività di lavoro autonomo - P. IVA n° \_\_\_\_\_ (da cui deriva, per l'anno solare in corso, un reddito non superiore al reddito imponibile fiscale presunto superiore a quello stabilito dalla normativa vigente € 4.800,00); reddito pari ad € \_\_\_\_\_  
 di essere disponibile ad essere avviato presso i seguenti datori di lavoro:  
 Enti pubblici                       Ditte private

Inoltre, ai fini della formazione della graduatoria provinciale annuale secondo i criteri di cui alla tabella allegata al D.P.R. 18 Giugno 1997, n°246/97 "Criteri per la formazione delle graduatorie",

**Dichiara**



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Che il proprio stato civile è il seguente:

- Celibe/Nubile
- Coniugato/a
- Vedovo/a
- Stato libero/a
- Divorziato/a

di avere a carico i seguenti familiari:

- coniuge convivente e disoccupato

Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- n. \_\_\_ figli minorenni conviventi e a carico

n. \_\_\_ figli maggiorenni fino al compimento del 26° di età se studenti e disoccupati, conviventi e a carico:

1. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

studente presso \_\_\_\_\_

2. Nome e Cognome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

studente presso \_\_\_\_\_

3. n. \_\_\_ figli senza limiti di età se invalidi permanentemente inabili al lavoro, conviventi e a carico:

• Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

• Nome e cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

4. n. \_\_\_ fratelli o sorelle minorenni conviventi e a carico

• Nome e Cognome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Di aver percepito un reddito lordo individuale, in base all'ultima dichiarazione dei redditi (anno \_\_\_\_\_) di € \_\_\_\_\_ derivante dal patrimonio immobiliare e mobiliare e dall'imponibile IRPEF escluse le sole prestazioni a carattere risarcitorio (ad esempio rendita INAIL, pensione di guerra e servizio, assegno di invalidità civile)

### Dichiara

Di aver ricevuto e di aver preso visione dell'informativa in merito al trattamento dei dati personali prevista dall'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679;

Di essere a conoscenza che l'Ufficio per il Collocamento Mirato potrà disporre idonei controlli sulla veridicità della presente dichiarazione;

Di impegnarsi a comunicare all'ufficio qualsiasi variazione delle suddette dichiarazioni.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allega  
Mod.3



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

- Copia diploma di centralinista telefonico/abilitazione professionale conseguita a seguito di esame
- Copia verbale di invalidità
- Copia documento d'identità



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

**Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana**

di \_\_\_\_\_

**Oggetto** : Legge 68/99 - Situazione occupazionale.

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
legale rappresentante della società \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Sedi operative \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Sedi operative \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Sedi operative \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47

**dichiara che**

~ la situazione occupazionale, alla data del \_\_\_\_\_ è la seguente:

<b>Numero complessivo lavoratori dipendenti</b>	
<u>Lavoratori da escludere dal computo:</u>	
- <i>Dirigenti</i>	
- <i>Apprendisti</i>	
- <i>Lavoratori con contratto di inserimento</i>	
- <i>Lavoratori con contratto a termine inferiore a 6 mesi</i>	
- <i>Soci di cooperativa</i>	
- <i>Lavoratori disabili occupati</i>	
- <i>Lavoratori ex art.18, L.68/99 occupati</i>	
- <i>Lavoratori acquisiti in dipendenza di passaggio di appalto (solo per le imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati)</i>	
- <i>Lavoratori con contratti di lavoro part-time o a chiamata riproporzionati</i>	
- <i>Altre categorie di lavoratori da escludere:</i>	
- <i>Motivo/categoria esclusione:</i> _____	
<b>Totale Lavoratori non computabili</b>	
<b>Lavoratori si cui calcolare la quota di riserva</b>	

~ l'ultimo prospetto informativo è stato presentato il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

~ il prospetto informativo non è stato presentato per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

~ l'obbligo di assunzione è insorto in data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

la società beneficia della sospensione dagli obblighi occupazionali ex art. 3, comma, 5 della legge 68/99  
(allegare l'accordo che dà diritto alla sospensione)

Mod.4

Altro \_\_\_\_\_

Timbro e firma

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegare copia documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.**

.....



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

(da predisporre in duplice copia)

CONVENZIONE EX ART. 11 L. 68/99  
**(Enti Pubblici)**

**Premesso che:**

- il decreto legislativo 165/2001, agli artt. 35 "*Reclutamento del personale*" 39 "*Assunzioni obbligatorie delle categorie protette e tirocinio per portatori di handicap*" e 39 quater "*Monitoraggio sull'applicazione della legge 12 marzo 1999, n.68*", stabilisce le modalità di reclutamento del personale da parte degli enti pubblici nonché le modalità riguardanti le assunzioni obbligatorie;
- l'art. 7, comma 2, della legge 68/99 fa salva l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 11 della stessa legge ai datori di lavoro pubblici, prevedendo per essi la possibilità di stipulare la convenzione di inserimento lavorativo, che deve essere improntata a criteri di trasparenza delle procedure di selezione;
- ai sensi dell'art. 11 della legge 68/99, al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili, i servizi competenti possono stipulare con il datore di lavoro convenzioni aventi ad oggetto la determinazione di un programma mirante al conseguimento degli obiettivi occupazionali;
- con il sistema delle convenzioni si intende favorire la programmazione e la gradualità delle assunzioni mirate, al fine di consentire da un lato ai lavoratori disabili un avviamento confacente alle caratteristiche professionali e umane, dall'altro lato ai datori di lavoro una sostenibile progressione quali-quantitativa degli inserimenti e una ottimizzazione dell'apporto lavorativo di questi ultimi;

Considerata l'opportunità che i datori di lavoro pubblici svolgano un ruolo di rilievo primario nella realizzazione delle finalità cui si ispirano le disposizioni di legge 68/99

Tra

la Regione Calabria - Dipartimento Lavoro e Welfare per il tramite del Servizio Collocamento Mirato della Provincia/Città Metropolitana di \_\_\_\_\_ (d'ora in poi servizio competente)

e

L'Ente pubblico \_\_\_\_\_ (d'ora in poi Ente)

C.F. \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

Rappresentato da \_\_\_\_\_

Mod.5



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

che, ai fini della presente convenzione, dichiara:

- che l'ente appartiene alla fascia di cui all'art. 3, comma 1, della legge 68/99:
  - 15 a 35 dipendenti       da 36 a 50 dipendenti       superiore a 50 dipendenti
- di avere alle proprie dipendenze n° \_\_\_\_\_ lavoratori e che i dipendenti su cui si calcola la quota di riserva, sono n° \_\_\_\_\_
- di avere ottemperato all'invio del prospetto informativo di cui all'art.9, comma 6, della legge 68/99 ;
- che in base al prospetto informativo l'ente risulta obbligato all'assunzione di n. \_\_\_\_ unità disabili;

**Si conviene di stipulare**

la presente convenzione ai sensi dell'art. 11 della legge 12 marzo 1999 n. 68, al fine di attuare il programma di copertura per n. \_\_\_\_\_ inserimenti secondo il programma allegato:

Cronoprogramma delle assunzioni (Date di assunzione)	Numero di posti da ricoprire	Categoria corrispondente alla posizione giuridica	Mansioni da attribuire	Eventuali requisiti specifici necessari per ricoprire il ruolo disponibile

**Art. 1**

L'Ente si impegna ad attuare il programma di inserimento lavorativo proposto e approvato e ad adempiere alla copertura della quota d'obbligo nel rispetto dei criteri di trasparenza delle procedure di selezione, come previsto dall'art. 7, c. 4 del D.P.R. 333/00.

Le date previste per l'inserimento sono da intendersi come limite massimo per effettuare le assunzioni.

**Art. 2**

Per tutta la durata della presente convenzione, a partire dalla presentazione del programma, l'ente è da considerarsi adempiente agli obblighi previsti dalla legge 68/99, limitatamente ai posti inclusi nel programma.

Qualora intervengano variazioni nella quota di riserva cui l'Ente è obbligato, le parti hanno la facoltà di adeguare il programma di inserimento lavorativo alla nuova situazione occupazionale.

**Art.3**

Il presente accordo ha validità a partire dalla data di sottoscrizione dello stesso e fino al



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

completamento del piano di assunzioni in esso previste e potrà essere interrotto al verificarsi di gravi irregolarità da parte dell'Ente nella conduzione del programma.

Durante il periodo di vigenza della convenzione, il servizio competente non procede ad avviamenti d'ufficio, ai sensi della normativa in materia di assunzioni obbligatorie, per le unità lavorative dedotte in convenzione e per l'intera durata del programma, qualora sia dato regolare corso al programma graduale di assunzioni.

**Art.4**

L'ente si impegna a predisporre l'avviso pubblico a selezione e a trasmetterlo al servizio competente per gli adempimenti a suo carico.

Il servizio competente, decorsi i termini per la pubblicazione e terminata l'istruttoria delle domande di partecipazione, trasmette all'ente l'elenco dei partecipanti, ammessi e non ammessi alla selezione, in stretto ordine alfabetico. L'Ente, di norma entro sessanta giorni avvia la procedura di selezione, con conseguente definizione della graduatoria dei candidati.

La procedura di selezione dei soggetti disabili ammessi deve essere improntata a criteri di trasparenza. In particolare, l'Ente deve adottare meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti, in relazione alla posizione da ricoprire

**Art. 5**

In caso di scostamento dal programma definito in sede di convenzione o di attuazione difforme o parziale senza giustificato motivo, gli uffici competenti diffidano l'Ente ad adempiere entro il termine di 30 (trenta) giorni. In mancanza di adempimento, decorsi i termini sopra citati, la convenzione si intenderà risolta di diritto e il servizio competente procederà all'avviamento per le unità lavorative corrispondenti secondo le modalità ordinarie di cui alla L. 68/1999.

In tale caso è fatto divieto all'Ente di stipulare una nuova convenzione prima che siano decorsi 12 (dodici) mesi dalla risoluzione della precedente.

**Articolo 6**

La convenzione non prevede proroghe.

**Articolo 7**

Per quanto non espressamente indicato nella presente convenzione, si fa riferimento alle norme e alle disposizioni vigenti.

\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_

Per la Regione Calabria  
Il Servizio Competente

Per l'Ente Pubblico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

(da predisporre in duplice copia)

**CONVENZIONE EX ART. 11 L. 68/99**  
(Aziende private e Enti Pubblici economici)

Premesso che:

- al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei disabili, l'art. 11 della L. 68/99 prevede che i servizi competenti possano stipulare con i datori di lavoro, obbligati e non, convenzioni aventi ad oggetto la determinazione di un programma mirante al conseguimento degli obiettivi occupazionali;
- nella convenzione sono stabiliti i tempi e le modalità delle assunzioni che il datore di lavoro si impegna ad effettuare. Tra le modalità che possono essere convenute vi sono anche la facoltà della scelta nominativa, lo svolgimento di tirocini con finalità formative o di orientamento, l'assunzione con contratto di lavoro a termine, lo svolgimento di periodi di prova più ampi di quelli previsti dal contratto collettivo, purchè l'esito negativo della prova, qualora sia riferibile alla menomazione da cui è affetto il soggetto, non costituisca motivo di risoluzione del rapporto di lavoro.

Ritenuto che, attraverso l'istituto della convenzione, possa raggiungersi più facilmente l'obiettivo di un proficuo inserimento del disabile nel contesto lavorativo

Tra

la Regione Calabria - Dipartimento Lavoro e Welfare per il tramite del Servizio Collocamento Mirato della Provincia/Città Metropolitana di \_\_\_\_\_ (d'ora in poi Servizio competente)

e

la società \_\_\_\_\_ (d'ora poi datore di lavoro)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Settore attività \_\_\_\_\_

rappresentata da Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

che, ai fini della presente convenzione, dichiara :

- che l'impresa non è soggetta agli obblighi occupazionali di cui alla legge 68/99;
- che l'impresa è soggetta alle disposizioni di cui alla legge 68/99 ed appartiene alla fascia di cui all'art. 3, comma 1, della legge 68/99:
  - 15 a 35 dipendenti       da 36 a 50 dipendenti       superiore a 50 dipendenti
- che i dipendenti attualmente in forza nella sede operativa di \_\_\_\_\_ sono n° \_\_\_\_\_ e la base di computo è di n° \_\_\_\_\_ unità;

Mod.6



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

- di avere alle proprie dipendenze n° \_\_\_\_\_ lavoratori disabili ex legge n. 68/99 e di risultare obbligata all'assunzione di n° \_\_\_\_\_ disabili;
- di avere ottemperato all'invio del prospetto informativo di cui all'art.9, comma 6, della stessa legge;
- di usufruire della compensazione territoriale, effettuata per complessive \_\_\_\_\_ unità, a favore della provincia di \_\_\_\_\_ (nel caso di numero unità oggetto della convenzione inferiore al numero di scoperture);
- di usufruire compensazione territoriale effettuata per complessive \_\_\_\_\_ unità, a compensazione delle minori unità assunte in altre province (nel caso di numero unità oggetto della convenzione superiore al numero di scoperture);
- di usufruire dell'esonero richiesto in data \_\_\_\_\_ o ottenuto in data \_\_\_\_\_;
- di avere già stipulato convenzioni con il servizio in data \_\_\_\_\_ prot. n° \_\_\_\_\_
- di non avere mai stipulato convenzioni con il servizio

### **Si conviene di stipulare**

la presente convenzione ai sensi dell'art. 11 della legge 12 marzo 1999 n. 68, per le scoperture dell'unità locale sita nella provincia di \_\_\_\_\_, al fine di attuare il programma di copertura per n. \_\_\_\_\_ inserimenti secondo il programma allegato (**Allegato 1**):

entro il	N° lavoratori

### **Articolo 1**

Il datore di lavoro si impegna ad attuare il programma di inserimento lavorativo allegato, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

Le date previste per l'inserimento sono da intendersi come limite massimo per effettuare le assunzioni. Il servizio competente può collaborare alla realizzazione del programma di inserimento concordato, realizzando l'attività di preselezione dei lavoratori da avviare. In tal caso, il datore di lavoro dovrà presentare apposita richiesta di preselezione almeno 90 giorni prima della scadenza prevista dalla convenzione. I profili individuati dall'azienda, se non presenti negli elenchi, devono prevedere delle alternative, da individuare tra i profili posseduti dalle persone iscritte nelle liste di cui alla L.68/99.

### **Art. 2**

Qualora il datore di lavoro rientri nelle ipotesi previste dall'art. 3 – comma 5 – legge 68/99 in materia di sospensione degli obblighi, ne darà immediata comunicazione al servizio competente che procede alla sospensione della convenzione per l'intera durata della situazione di crisi.

Mod.6



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

### **Art. 3**

La convenzione è compatibile con l'istituto dell'esonero parziale e della compensazione territoriale.

### **Art. 4**

Per tutta la durata della presente convenzione, a partire dalla presentazione del programma, il datore di lavoro è da considerarsi ottemperante agli obblighi previsti dalla legge 68/99, art.17, limitatamente ai posti inclusi nel programma.

### **Art.5**

Il presente accordo ha validità a partire dalla data di sottoscrizione dello stesso e fino al completamento del piano di assunzioni previsto e potrà essere interrotto al verificarsi di gravi irregolarità da parte del datore di lavoro nella conduzione del programma. Durante il periodo di vigenza della convenzione, il servizio competente non procede ad avviamenti d'ufficio per le unità lavorative dedotte in convenzione e per l'intera durata del programma, qualora sia dato regolare corso al programma graduale di assunzioni. Qualora intervengano variazioni nella quota di riserva cui il datore di lavoro è obbligato, le parti hanno la facoltà di adeguare il programma di inserimento lavorativo alla nuova situazione occupazionale.

### **Art. 6**

In caso di scostamento dal programma definito in sede di convenzione o di attuazione difforme o parziale senza giustificato motivo, il servizio competente diffida il datore di lavoro ad adempiere entro il termine di 30 (trenta) giorni. In mancanza di adempimento, decorsi i termini sopra citati, la convenzione si intenderà risolta di diritto e il servizio provvederà a segnalare l'inadempienza agli organi ispettivi. In tale caso è fatto divieto al datore di lavoro di stipulare una nuova convenzione prima che siano decorsi 12 (dodici) mesi dalla risoluzione della precedente.

### **Articolo 7**

La convenzione non prevede proroghe.

### **Articolo 8**

Per quanto non espressamente indicato nella presente convenzione, si fa riferimento alle norme e alle disposizioni vigenti.

\_\_\_\_\_li, \_\_\_\_\_

Per la Regione Calabria  
Il Servizio Competente

Per il datore di lavoro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

## Allegato 1

### PROGRAMMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO

#### *Sezione da ripetere per ogni assunzione prevista*

Assunzione entro il \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Descrizione delle principali mansioni da svolgere:

---

---

requisiti (professionali e attitudinali) \_\_\_\_\_

Assunzione entro il \_\_\_\_\_

Qualifica di \_\_\_\_\_

Descrizione delle principali mansioni da svolgere:

---

---

requisiti (professionali e attitudinali) \_\_\_\_\_

Il datore di lavoro si impegna ad attuare il programma di inserimento lavorativo secondo le seguenti modalità:

- assunzioni a tempo indeterminato full time
- assunzioni a tempo indeterminato part time orario medio settimanale previsto n° ore \_\_\_\_;
- tempo determinato full time n° mesi \_\_\_\_\_ ;
- tempo determinato part time n° lavoratori n° mesi \_\_\_\_\_ orario medio settimanale previsto n° ore \_\_\_\_\_;
- lavoro a domicilio o telelavoro
- tirocinio formativo e di orientamento finalizzato all'assunzione della durata massima di n° mesi \_\_\_\_\_, presso l'unità produttiva di \_\_\_\_\_ ;
- altro (specificare) .....

Il datore di lavoro si avvale

- della scelta nominativa
- della possibilità di accedere a misure di preselezione
- della facoltà di prevedere periodi di prova più lunghi rispetto a quanto previsto dal CCNL, massimo sei mesi (indicare la durata del periodo di prova : .....

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Per la Regione Calabria

---

Per il datore di lavoro

---

*La presente richiesta, se trasmessa on - line, dovrà essere stampata, sottoscritta e fatta pervenire in formato cartaceo al Servizio collocamento mirato competente, unitamente a fotocopia documento di identità del legale rappresentante.*

Mod.6



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Al Servizio Collocamento      Mirato della  
Provincia/Città Metropolitana  
di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta numerica di avviamento mediante chiamata con avviso pubblico**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
legale rappresentante dell'Ente Pubblico/società \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Settore attività \_\_\_\_\_  
Referente da contattare Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di avere alle proprie dipendenze un numero complessivo di dipendenti pari a \_\_\_\_\_ unità;
- che i dipendenti in forza nella sede operativa di \_\_\_\_\_  
sono n. \_\_\_\_\_ e che la base di computo è di n. \_\_\_\_\_ unità.
- di essere obbligato ai sensi della legge 68/99 all'assunzione di n° \_\_\_\_\_ disabili ex art. 1 e  
n° \_\_\_\_\_ categorie protette ex 18

**Chiede**

l'attivazione della procedura di avviamento numerico per l'assunzione di:

- soggetti disabili di cui all'art. 1, comma 1, della legge 68/99: N. \_\_\_\_\_  
 soggetti appartenenti alle categorie protette di cui all'art. 18, comma 2, della legge 68/99: N. \_\_\_\_\_

**profilo professionale** \_\_\_\_\_  
**descrizione della mansione** \_\_\_\_\_

**Competenze necessarie allo svolgimento della mansione** \_\_\_\_\_

**Condizioni contrattuali:**

contratto di lavoro applicato \_\_\_\_\_  
livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
a tempo indeterminato/tempo determinato: durata mesi \_\_\_\_\_

Mod.7



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

tempo pieno per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali distribuite su \_\_\_\_ giorni lavorativi  
tempo parziale per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali distribuite su \_\_\_\_ giorni lavorativi  
luogo di lavoro \_\_\_\_\_

**Chiede**

che il candidato sia in possesso dei seguenti requisiti specifici:

Titolo di studio o eventuale qualifica professionale

---

---

---

Altro \_\_\_\_\_

---

---

**Comunica**

Che le prove di idoneità consistano in:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante

Istanza in bollo, su carta intestata del datore di lavoro

Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana  
di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta di esonero parziale dall'obbligo di assunzione di persone disabili  
(art. 5, comma 3, della legge 12 marzo 1999, n°68.**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
legale rappresentante della Società \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
esercente l'attività di \_\_\_\_\_  
C.C.N.L. applicato \_\_\_\_\_ articolazione dell'orario di lavoro settimanale di  
lavoro \_\_\_\_\_ (*se distribuito su 5 o 6 giorni lavorativi*)  
Referente da contattare Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Premesso che:

il numero complessivo dei lavoratori dipendenti alla data del \_\_\_\_\_ è di n. \_\_\_\_\_ unità;  
il numero complessivo dei lavoratori su cui si calcola la quota di riserva è di n. \_\_\_\_\_ unità  
i lavoratori disabili in forza sono n. \_\_\_\_\_ e i soggetti di cui all'art. 18 in forza sono n. \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 5, comma 3, della Legge 68/99, l'esonero parziale dagli obblighi di assunzione di persone con disabilità, per la sede di \_\_\_\_\_ per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_<sup>1</sup> nella misura del \_\_\_\_\_ (%) corrispondente a n. \_\_\_\_\_ disabili.

A tal fine consapevole delle responsabilità penali ed amministrative nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00,

**dichiara che**

la società ha già beneficiato dell'autorizzazione all'esonero parziale per n. \_\_\_\_\_ unità disabili per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e che non sono modificate in maniera sostanziale e significativa le condizioni poste a fondamento della precedente richiesta autorizzata e, che persistono le difficoltà, in relazione alle speciali condizioni dell'attività, di effettuare l'inserimento mirato.

la società non ha beneficiato dell'autorizzazione all'esonero parziale

Le postazioni organizzative e le mansioni svolte all'interno dell'azienda che hanno caratteristiche tali da rendere difficoltoso l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità sono le seguenti: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> L'esonero parziale è concesso per un periodo massimo di **12 mesi**, con scadenza al 31 dicembre di ogni anno ed eventualmente prorogabile

Istanza in bollo, su carta intestata del datore di lavoro

---

---

---

---

---

Dipendenti dedicati ad attività faticose e/o pericolose rispetto al totale dei dipendenti dell'unità produttiva n. \_\_\_\_\_

Le condizioni che rendono difficoltoso l'inserimento lavorativo dei disabili sono le seguenti:

**faticosità** della prestazione lavorativa (*es. deambulazione, stazione eretta, movimentazione manuale carichi, elevata manualità, ecc*)

---

---

---

---

---

**pericolosità** connaturata al tipo di attività, anche derivante da condizioni ambientali nelle quali si svolge l'attività stessa (*es. agenti chimici e/o fisici, processo produttivo, impianti tecnologici, macchine ed attrezzature, sostanze e materie prime a rischio, condizioni di esecuzione, movimentazione meccanica ecc*)

---

---

---

---

---

**particolare modalità** di svolgimento dell'attività lavorativa (*lavoro esterno e/o articolato su turni, personale viaggiante, particolare specializzazione del personale ecc.*)

---

---

---

---

---

Si descrivono le misure di prevenzione e protezione dei lavoratori adottate o da adottare nei confronti dei rischi di infortunio sul lavoro e dei rischi derivanti dall'esposizione ad agenti cancerogeni, chimici, fisici e biologici in base alla vigente normativa in materia di sicurezza e di tutela della salute nei luoghi di lavoro:

Consistenza dell'eventuale lavoro esterno (*es. cantieri*) \_\_\_\_\_

Mod.8

---

Presenza di lavorazioni articolate su turni: **SI**                      **NO** (barrare la situazione che ricorre)

**Dichiara**

- di essere a conoscenza che ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esonero parziale, il datore di lavoro è tenuto al versamento, entro 30 giorni dalla presente, di un contributo al Fondo .....- Conto Corrente .....intestato a .....e che il contributo esonerativo decorre dalla data della presente richiesta;
- di essere a conoscenza che il contributo esonerativo è dovuto per ciascun disabile non avviato e per ciascun giorno per il quale è richiesto l'esonero (ovvero 5 giorni settimanali, nel caso in cui il contratto collettivo preveda la settimana "corta" o 6, qualora il sabato fosse considerato lavorativo, secondo la nota del Ministero del lavoro 638/M96 del 23 aprile 2001;
- di essere a conoscenza che in caso di diniego, gli importi già versati a titolo di contributo esonerativo si conteggiano ai fini della regolarizzazione delle scoperture e valgono per l'arco temporale in cui, di fatto, ha operato la sospensione;
- di essere in regola con la presentazione del prospetto informativo di cui all'art. 9, comma 6 della L. 68/99;
- di aver ottemperato all'obbligo di assunzione delle unità corrispondenti alla quota di riserva eccedente quella per cui chiede, in questa sede, l'esonero, cui si è provveduto con le modalità esplicitate nel prospetto informativo.

**Dichiara inoltre:**

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli usi consentiti dalla legge.

Ai fini del rilascio dell'autorizzazione si allega marca da bollo ai sensi delle vigenti disposizioni di legge in materia.

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante dell'impresa



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Servizio Collocamento Mirato  
Provincia/Città Metropolitana di

Oggetto: Richiesta computo nella quota d'obbligo ai sensi dell'art. 4, comma 4, legge 68/99 - art. 3 del D.P.R. 10/10/2000 n° 333, commi 2 e 4, di lavoratore invalidatosi in costanza di rapporto di lavoro.

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
legale rappresentante della società /Ente \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Sede Operativa \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di computare nella percentuale dell'obbligo, ai sensi della L.68/99 art. 4, comma 4, e del D.P.R. 333 del 10 Ottobre 2000 art. 3, commi 2 e 4 il, seguente lavoratore, divenuto

Invalido civile

Invalido del lavoro

in costanza di rapporto di lavoro, con percentuale del \_\_\_\_%.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

assunto in data \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ .tipologia  
contrattuale:

rapporto di lavoro a **tempo determinato**, fino al \_\_\_\_\_;

rapporto di lavoro a **tempo indeterminato**;

Full Time  Part Time pari a \_\_\_\_\_ ore settimanali su \_\_\_\_\_ previste per il tempo pieno.

ed attualmente in forza presso la sede operativa di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ con il  
profilo di \_\_\_\_\_ attribuito dopo l'evento invalidante e compatibile con le minorazioni  
riconosciute.

Consapevole delle responsabilità civili e penali, stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci  
dichiarazioni (art 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

#### Dichiara che

- ✓ l'invalidità ha determinato l'inabilità da parte del lavoratore a svolgere le proprie mansioni;
- ✓ l'invalidità non è stata causata dalla violazione delle norme in materia di sicurezza e di igiene del lavoro, accertata in sede giudiziale;
- ✓ il lavoratore è stato/sarà adibito a decorrere dal \_\_\_\_\_ a mansioni compatibili con le sue minorazioni.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro e firma

#### Allega:

- Copia comunicazione obbligatoria;
- Copia verbale di invalidità/Certificato INAIL

Mod.9



REGIONE CALABRIA  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore N.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

**Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città  
Metropolitana di \_\_\_\_\_**

**Oggetto:** Richiesta computo nella quota d'obbligo ai sensi dell'art. 4, comma 3 bis, legge 68/99, di lavoratore riconosciuto invalido prima della costituzione del rapporto di lavoro.

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ legale  
rappresentante della società /Ente \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_ Sede legale  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Sede Operativa \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di computare nella percentuale dell'obbligo, ai sensi della L.68/99 art. 4, comma 3bis, il seguente lavoratore, già invalido prima della costituzione del rapporto di lavoro e assunto al di fuori delle procedure che regolano il collocamento obbligatorio:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ assunto in data \_\_\_\_\_ con la  
qualifica di \_\_\_\_\_ .tipologia contrattuale:

- rapporto di lavoro a **tempo determinato**, fino al \_\_\_\_\_;
- rapporto di lavoro a **tempo** indeterminato;
- Full Time  Part Time pari a \_\_\_\_\_ ore settimanali su \_\_\_\_\_ previste per il tempo pieno.

#### Dichiara che

anteriormente alla costituzione del rapporto di lavoro, il lavoratore si trovava in condizioni di:

- riduzione capacità lavorativa uguale o superiore a 60%
- minorazioni ascritte dalla prima alla sesta categoria (di cui alle tabelle del T.U. pensioni di guerra del 23/12/1978)
- disabilità intellettiva o psichica con riduzione capacità lavorativa superiore al 45%.
  - ✓ l'assunzione del lavoratore è avvenuta al di fuori delle procedure che regolano il collocamento obbligatorio;
  - ✓ il lavoratore è idoneo allo svolgimento delle mansioni per cui è stato assunto;
  - ✓ è a conoscenza che il soggetto disabile deve essere adibito a mansioni compatibili con la natura ed il grado della sua minorazione e secondo quanto espresso dalla Commissione Medica per l'accertamento delle capacità globale ai fini del Collocamento Mirato (Legge 12 marzo 1999 n. 68 – D.P.C.M. 13 gennaio 2000);
  - ✓ il medico aziendale ha preso visione di quanto disposto dalla Commissione Medica.

#### Allega:

- Copia comunicazione obbligatoria
- Copia verbale di invalidità
- Copia giudizio di idoneità rilasciato dal medico competente
- Relazione conclusiva di cui al DPCM 13 Gennaio 2000
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore N.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

**AI**

Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana di

\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Legge 12 Marzo 1999, n. 68 - Richiesta nulla osta assunzione nominativa lavoratore disabile

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

legale rappresentante della società \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Settore attività \_\_\_\_\_

Referente da contattare Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

- di avere alle proprie dipendenze un numero complessivo di dipendenti pari a \_\_\_\_\_ unità;
- che i dipendenti in forza nella sede operativa di \_\_\_\_\_ sono n. \_\_\_\_\_ e che la base di computo è di n. \_\_\_\_\_ unità.

### **CHIEDE**

il rilascio del nulla osta, per l'assunzione nominativa del seguente lavoratore:

il rilascio del nulla osta, per l'assunzione nominativa, ai sensi della convenzione ex art. 11 L. 68/99 stipulata in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ del seguente lavoratore

**Dati del lavoratore:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ iscritto  
 negli elenchi del collocamento mirato di codesta Provincia/Città Metropolitana, con invalidità del \_\_\_\_\_ %

**Condizioni contrattuali:**

Qualifica di assunzione \_\_\_\_\_  
 Descrizione delle mansioni da svolgere: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 CCNL di riferimento \_\_\_\_\_

**Tipologia contrattuale:**

- Tempo Indeterminato                       Tempo Determinato durata in mesi: \_\_\_\_\_  
 Tempo Pieno  
 Tempo Parziale      n° ore settimanali: \_\_\_\_\_ Orario settimanale applicato dall'impresa \_\_\_\_\_  
 Turni (*specificare*) \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

## Caratteristiche del posto di lavoro

A	Capacità utili per lo svolgimento dell'attività lavorativa	Si	No	A Volte
1)	La mansione viene svolta con un lavoro di squadra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di svolgere un lavoro autonomamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di svolgere un'attività con supervisione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Per lo svolgimento della mansione si richiede contatto con i colleghi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Per lo svolgimento della mansione si richiede contatto con il pubblico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B</b>	<b>Postura</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione richiede di mantenere posizione seduta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di rimanere in piedi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di piegare le ginocchia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	La mansione richiede di piegare in avanti e/o in basso la schiena e il corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	La mansione richiede di cambiare frequentemente la postura seduto/in piedi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>C</b>	<b>Locomozione</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione richiede di spostarsi con le proprie gambe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di spostarsi di piano (es. una scala)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di spostare qualcosa/qualcuno da un posto ad un altro per mezzo di un veicolo (es. carrello elevatore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>D</b>	<b>Movimento delle estremità/funzione degli arti</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione richiede di muovere e usare gambe e braccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di servirsi delle mani per operazioni che richiedono precisione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di afferrare e/o spostare oggetti pesanti con le mani? <i>(se sì, specificare peso massimo in Kg)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg

<b>E</b>	<b>Attività complesse, attività fisica associata a resistenza</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione richiede di compiere lavori che richiedono sforzi fisici e di sopportare lo sforzo per periodi più o meno lunghi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di mantenere la posizione in cui ci si trova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>F</b>	<b>Fattori ambientali</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	L'ambiente di lavoro richiede di sopportare sbalzi termici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	L'ambiente di lavoro richiede di sopportare la presenza di suoni o rumori costanti nell'ambiente di lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Nell'ambiente di lavoro è presente la sola illuminazione artificiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Il lavoro richiede di sopportare un ambiente umido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Il lavoro richiede l'utilizzazione di sostanze tossiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	L'ambiente di lavoro prevede l'esposizione a polvere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	L'attività lavorativa si svolge all'aperto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Il posto di lavoro è raggiungibile con i mezzi pubblici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana  
di \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Legge 12 Marzo 1999, n. 68 - Richiesta nulla osta assunzione nominativa lavoratore appartenente alle categorie di cui all'articolo 18, comma 2 della legge 68/99.

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

legale rappresentante della società \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Settore attività \_\_\_\_\_

Referente da contattare Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di avere alle proprie dipendenze un numero complessivo di dipendenti pari a \_\_\_\_\_ unità;
- che i dipendenti in forza nella sede operativa di \_\_\_\_\_ sono n. \_\_\_\_\_ e che la base di computo è di n. \_\_\_\_\_ unità.

### CHIEDE

il rilascio del nulla osta per l'assunzione nominativa del lavoratore di seguito indicato:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

appartenente alle categorie di cui all'art. 18 , comma 2, della legge 68/99 e iscritto nell'elenco del collocamento mirato di codesta Provincia/Città Metropolitana

### Condizioni contrattuali:

Qualifica di assunzione \_\_\_\_\_

Descrizione delle mansioni da svolgere: \_\_\_\_\_

Sede di lavoro \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CCNL di riferimento \_\_\_\_\_



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

**Tipologia contrattuale:**

- Tempo Indeterminato                       Tempo Determinato durata in mesi: \_\_\_\_\_
- Tempo Pieno
- Tempo Parziale      n° ore settimanali: \_\_\_\_\_      Orario settimanale applicato dall'impresa \_\_\_\_\_
- Turni (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

**AI**

Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana di

**Oggetto:** Richiesta nulla osta assunzione lavoratori disabili in somministrazione

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
legale rappresentante dell'Agenzia \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Referente da contattare Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio del nulla osta, per la somministrazione del seguente lavoratore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ iscritto  
negli elenchi del collocamento mirato di codesta Provincia/Città Metropolitana, con invalidità del \_\_\_\_\_ %

**Condizioni contrattuali:**

Qualifica di assunzione \_\_\_\_\_  
Descrizione delle mansioni da svolgere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Sede di lavoro \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CCNL di riferimento \_\_\_\_\_

**Tipologia contrattuale:**

- Tempo Indeterminato       Tempo Determinato durata in mesi: \_\_\_\_\_  
 Tempo Pieno  
 Tempo Parziale    n° ore settimanali: \_\_\_\_\_ Orario settimanale applicato dall'impresa \_\_\_\_\_  
 Turni (*specificare*) \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

## Dati azienda utilizzatrice

Denominazione \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Settore attività \_\_\_\_\_  
Rappresentante legale Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
numero complessivo di dipendenti pari a \_\_\_\_\_ unità;  
dipendenti in forza nella sede operativa di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
e con base di computo pari a n. \_\_\_\_\_ unità.

## Caratteristiche del posto di lavoro

<b>A</b>	<b>Capacità utili per lo svolgimento dell'attività lavorativa</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione viene svolta con un lavoro di squadra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di svolgere un lavoro autonomamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di svolgere un'attività con supervisione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Per lo svolgimento della mansione si richiede contatto con i colleghi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Per lo svolgimento della mansione si richiede contatto con il pubblico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B</b>	<b>Postura</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione richiede di mantenere posizione seduta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di rimanere in piedi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di piegare le ginocchia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	La mansione richiede di piegare in avanti e/o in basso la schiena e il corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	La mansione richiede di cambiare frequentemente la postura seduto/in piedi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>C</b>	<b>Locomozione</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
----------	--------------------	-----------	-----------	----------------



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

1)	La mansione richiede di spostarsi con le proprie gambe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di spostarsi di piano (es. una scala)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di spostare qualcosa/qualcuno da un posto ad un altro per mezzo di un veicolo (es. carrello elevatore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b>	<b>Movimento delle estremità/funzione degli arti</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione richiede di muovere e usare gambe e braccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di servirsi delle mani per operazioni che richiedono precisione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	La mansione richiede di afferrare e/o spostare oggetti pesanti con le mani? <i>(se sì, specificare peso massimo in Kg)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg
<b>E</b>	<b>Attività complesse, attività fisica associata a resistenza</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	La mansione richiede di compiere lavori che richiedono sforzi fisici e di sopportare lo sforzo per periodi più o meno lunghi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	La mansione richiede di mantenere la posizione in cui ci si trova?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b>	<b>Fattori ambientali</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>A Volte</b>
1)	L'ambiente di lavoro richiede di sopportare sbalzi termici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	L'ambiente di lavoro richiede di sopportare la presenza di suoni o rumori costanti nell'ambiente di lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Nell'ambiente di lavoro è presente la sola illuminazione artificiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Il lavoro richiede di sopportare un ambiente umido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Il lavoro richiede l'utilizzazione di sostanze tossiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	L'ambiente di lavoro prevede l'esposizione a polvere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	L'attività lavorativa si svolge all'aperto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Il posto di lavoro è raggiungibile con i mezzi pubblici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_



Regione Calabria

Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Al Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana  
di \_\_\_\_\_

OGGETTO: Legge 68/99 - Richiesta preselezione personale.

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
legale rappresentante della società \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Settore attività \_\_\_\_\_

Referente da contattare Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Numero complessivo di dipendenti \_\_\_\_\_ Base computo di n° \_\_\_\_\_ Lavoratori disabili in forza n. \_\_\_\_\_

Obbligato ai sensi della legge 68/99 all'assunzione di n° \_\_\_\_\_ disabili ex art. 1 e n° \_\_\_\_\_ categorie protette ex 18

#### Al fine di

- coprire la quota di riserva prevista dalla L. 68/99
- rispettare gli obblighi previsti dalla convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_ prot. \_\_\_\_\_

#### Chiede

l'attivazione della procedura di preselezione delle persone iscritte negli elenchi di cui alla Legge 68/99

art. 1

art. 18

**Profilo professionale:** \_\_\_\_\_

**Descrizione delle principali mansioni da svolgere:** \_\_\_\_\_

#### Requisiti richiesti:

Titolo di studio o formazione professionale (specificare il titolo di studio): \_\_\_\_\_

Conoscenze informatiche (specificare quali e il livello) \_\_\_\_\_

Patente di guida (indicare il tipo) \_\_\_\_\_ Patentino specifico (indicare il tipo): \_\_\_\_\_

Età (indicare la fascia d'età): \_\_\_\_\_

Esperienza professionale (indicare se è richiesta esperienza lavorativa nel settore): \_\_\_\_\_

Mod.14



Regione Calabria

Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Lingue straniere (indicare quali e il livello di conoscenza scritta e orale) \_\_\_\_\_

Eventuali altri requisiti: (es. zona di residenza ....): \_\_\_\_\_

**Tipologia Contrattuale:**

- assunzione a tempo indeterminato
- assunzione a tempo determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Orario di lavoro: (specificare: tempo pieno, part time, turni, notturni, festivi...) \_\_\_\_\_

**Caratteristiche del posto di lavoro:**

Sede di lavoro \_\_\_\_\_

Presenza di barriere architettoniche (scale o gradini che possano mettere in difficoltà persone con problemi di deambulazione, servizi igienici non attrezzati per portatori di handicap...)

**Caratteristiche del lavoro:**

da svolgere in piedi \_\_\_\_\_

richiede frequente deambulazione \_\_\_\_\_

prevede la movimentazione di carichi: (indicare quanti kg e la frequenza) \_\_\_\_\_

necessita precisione manuale \_\_\_\_\_

necessita acutezza visiva \_\_\_\_\_

necessità di utilizzare sostanze particolari o potenzialmente pericolose \_\_\_\_\_

da svolgere con il supporto di specifiche tecnologie, macchinari, impianti o attrezzature \_\_\_\_\_

necessità di buone capacità relazionali: \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**Autorizza il Servizio Collocamento Mirato a rendere pubblica l'offerta di lavoro, contenente i riferimenti specifici dell'azienda.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro e firma



Regione Calabria  
Dipartimento Lavoro e Welfare  
Settore n.3 Coordinamento Reti Centri per l'Impiego

Servizio Collocamento Mirato  
della Provincia/Città Metropolitana di \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Legge 68/99 - Richiesta elenco iscritti

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
legale rappresentante della società \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Settore attività \_\_\_\_\_  
Referente da contattare Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di avere alle proprie dipendenze un numero complessivo di dipendenti pari a \_\_\_\_\_ unità;  
che i dipendenti in forza nella sede operativa di \_\_\_\_\_ sono  
n. \_\_\_\_\_ e che la base di computo è di n. \_\_\_\_\_ unità.

**Al fine di ottemperare agli obblighi di cui alla legge 68/99, chiede l'elenco**

- delle persone iscritte in qualità di disabili (art 1 legge 68/99)
  - delle persone iscritte appartenenti ad altre categorie protette (art 18 legge 68/99)
- per svolgere la mansione di : \_\_\_\_\_

**Requisiti richiesti:**

Titolo di studio o formazione professionale (specificare il titolo di studio): \_\_\_\_\_  
Età (indicare la fascia d'età): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
\_\_\_\_\_

*Allegare documento di identità del legale rappresentante*

Informativa ai sensi dell'art. 13 del TU 196/03 in materia di protezione dei dati personali.  
I dati personali raccolti mediante questa ricerca dovranno essere trattati solo per gli scopi richiesti e comunque coerenti con le finalità della legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". I dati non  
d  
o  
v \_\_\_\_\_

Si richiama l'attenzione su un uso corretto di tali dati, ricordando le sanzioni amministrative e gli illeciti penali previsti dalla legge in caso di trattamento non conforme (TU 196/03 Capo I violazioni amministrative - art da 161 a 166; Capo II illeciti penali - artt. Da 167 a 172).

Mod.15

o