

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)**

Il sottoscritto _____ Legale Rappresentante dell'Azienda _____

con sede legale a _____ Via _____ Tel. _____

sede operativa a _____ Via _____ Tel. _____

P.IVA _____ PEC: _____

Referente aziendale _____ e-mail _____

Telefono _____

Sede operativa (luogo svolgimento del lavoro) _____

Via _____ n. _____

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 _____

Assunzione con qualifica di: _____

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 _____

Tipologia contrattuale di assunzione:

Tempo indeterminato Apprendistato

Tempo determinato _____ durata _____

(ai fini dell'assolvimento dell'obbligo il rapporto di lavoro deve essere superiore ai sei mesi)

Tempo pieno

Tempo parziale ore sett.li _____

L'assunzione avverrà entro il _____

Luogo e Data _____

Timbro e firma del legale rappresentante

Si allega: copia fronte-retro della Carta d'Identità del Legale Rappresentante dell'Azienda