

**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 \_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante Azienda Somministratrice

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale rappresentante Azienda Utilizzatrice

\_\_\_\_\_

**Si allegano:** copia fronte-retro della Carta d'Identità del Legale Rappresentante dell'Azienda Somministratrice e dell'Azienda Utilizzatrice.