

DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER L'OCCUPAZIONE
GR74/04 – AREA “ATTUAZIONE, TUTELA DELLA FRAGILITÀ E PUNTO DI CONTATTO
SILD – SERVIZIO INSERIMENTO LAVORO DISABILI

Ambito territoriale provincia di Frosinone

Ambito territoriale provincia di Latina

(Specificare l'ambito territoriale di competenza)

PEC: sildlaziosud@pec.regione.lazio.it

Oggetto: Richiesta di autorizzazione /rinnovo autorizzazione/ all'esonero parziale dagli obblighi occupazionali di cui all'art. 5, comma 3 della Legge 68/99 e del D.M. 7 luglio 2000, n. 357

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

in qualità di ☐ titolare ☐ legale rappresentante

dell'azienda (ragione sociale) _____

C.F. _____ P.IVA _____

con sede legale in _____ Prov. _____ Cap. _____ Via _____ n° _____

con sedi operativa in _____ Prov. _____ Cap. _____

Via _____ n° _____ tel. _____

e-mail _____ pec _____

Attività esercitata _____

Codice ATECO _____ CCNL applicato _____

Orario settimanale applicato da CCNL _____

N. giornate lavorative svolte in base a CCNL (specificare se 22 o 26 giorni lavorativi mensili) _____

CHIEDE

ai sensi dell'art.5, comma 3, della Legge 12 marzo 1999 n. 68 ss. mm. ii. e del Decreto del Ministero del Lavoro n. 357/2000

- ☐ L'AUTORIZZAZIONE all'esonero parziale dagli obblighi occupazionali.
- ☐ IL RINNOVO dell'autorizzazione all'esonero parziale dagli obblighi occupazionali concessa con Determinazione n. _____ del _____ per il periodo dal _____ al _____ nella misura del _____% corrispondente a n. _____ lavoratori disabili.
(Indicare gli estremi dell'ultima autorizzazione concessa)

L'autorizzazione/rinnovo viene richiesta/o:

per la durata di ☐ n. _____ mesi oppure ☐ fino al _____

Ai sensi della D.G.R. del Lazio n. 1133 del 04.04.2000, il rinnovo dell'autorizzazione all'esonero parziale può essere concesso dal Servizio competente su richiesta del datore di lavoro, precedente la scadenza del periodo di esonero concesso; detto rinnovo non potrà, in ogni caso, essere concesso per periodi superiori a sei mesi.

nella misura del _____ % (massimo 60% - la percentuale può essere aumentata fino all'80% per i datori di lavoro operanti nel settore della sicurezza e della vigilanza e nel settore del trasporto privato)

corrispondente a n. _____ lavoratori disabili.

per la provincia di:

☐ FROSINONE ☐ LATINA

☐ Altre province (indicare quali) _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (Art. 76 DPR n.445/2000),

DICHIARA

- Che la situazione occupazionale dell'azienda a livello nazionale è la seguente:
base di computo n. _____ quota di riserva n. _____ disabili per i quali si è richiesto l'esonero in altre province n. _____ e che, pertanto, la presente richiesta di esonero non supera la misura del 60% dell'intera quota di riserva su base provinciale e nazionale.
- Che la situazione occupazionale dell'azienda, con riferimento a ciascun ambito provinciale interessato all'autorizzazione dell'esonero parziale *, alla data odierna, è la seguente:

UNITÀ PRODUTTIVA	N. TOTALE DIPENDENTI	N. DIPENDENTI COMPUTABILI AI FINI DELLA QUOTA DI RISERVA	N. DISABILI SPETTANTI NELLA QUOTA DI RISERVA	N. DISABILI IN FORZA

***Da compilare solo nel caso di richiesta di esonero riguardante anche unità produttive site in altre province.** Nel caso il Sild si incaricherà di trasmetterla ai servizi competenti

ATTESTA

- ☐ *Che sussistono le speciali condizioni di attività lavorativa in azienda, di cui all'art. 5 della L.68/99 ss. mm. ii., che rendono difficoltoso l'inserimento di personale disabile, riconducibili a:
- ☐ Faticosità della prestazione lavorativa
 - ☐ Pericolosità connaturata al tipo di attività, anche derivante da condizioni ambientali nelle quali si svolge l'attività stessa
 - ☐ Particolare modalità di svolgimento della prestazione lavorativa

***Barrare la casella sovrastante e compilare lo spazio sottostante in caso di richiesta di prima autorizzazione**

Descrizione dettagliata delle condizioni particolari dell'attività aziendale da cui discende la difficoltà dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, in riferimento alla/e motivazione/i/su indicata/e (specificare l'eventuale esistenza di lavoro esterno o articolato su turni rispetto all'intera attività e fornire informazioni circa la stabilità sul territorio delle unità operative interessate alla presente richiesta di esonero - Indicatori di consistenza ex art. 4.2 D.M. 357/2000)

Spazio riservato alla relazione esplicativa (modificabile a propria discrezione)

- ☐ *Che rispetto alla precedente autorizzazione non sono intervenute variazioni delle caratteristiche dell'attività svolta nell'unità produttiva oggetto di esonero e che pertanto sussistono le medesime difficoltà ad occupare l'intera percentuale dei disabili.

***Barrare la casella sovrastante in caso di richiesta di rinnovo dell'autorizzazione all'esonero**

DICHIARA, ALTRESI':

- di essere in regola con la presentazione del prospetto informativo di cui all'art. 9, c. 6, della L. 68/99;
- di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 5 D.M. 357/2000, la verifica della sussistenza delle speciali condizioni dell'attività potrà essere effettuata mediante il competente servizio dell'Ispettorato Territoriale del Lavoro e/o dalle strutture del Servizio sanitario nazionale;
- di impegnarsi a versare, in caso di accoglimento della presente istanza e a seguito della notifica da parte del Servizio procedente, al Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili, un **contributo esonerativo pari ad € 39,21** per ogni giorno lavorativo per ciascun lavoratore disabile non occupato, per l'intera durata del periodo di esonero parziale;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dell'organico determinante la modifica della quota d'obbligo d'assunzione di personale disabile prevista dall'art. 3 comma 1 della L. 68/99.

Referente aziendale _____

Tel. _____ e-mail _____

Il/La sottoscritto/a in qualità di soggetto interessato, dichiara di aver preso visione dell'Informativa privacy per le Imprese che usufruiscono del servizio SILD pubblicata al seguente link <https://www.regione.lazio.it/cittadini/lavoro/privacy>

Timbro e firma** Legale rappresentante

Data, _____

**Con l'apposizione della firma digitale non è più necessario inviare copia del documento d'identità