



Oggetto: RICHIESTA ESONERO PARZIALE DAGLI OBBLIGHI DI ASSUNZIONE DI PERSONE CON DISABILITÀ
(art. 5 c. 3 della Legge 68/99 e DMLPS 357/2000).

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
della ditta _____ codice fiscale _____
avente sede legale in _____ Via _____
e sede operativa in _____ via/fraz. _____
Telefono/cellulare _____ indirizzo PEC: _____
Attività esercitata _____
CCNL _____ CODICE ATECO _____
Orario settimanale applicato da CCNL _____
N. giornate lavorative svolte in base a CCNL (specificare se 22 o 26 giorni lavorativi mensili) _____

DICHIARA

- che la situazione occupazionale, alla data del _____
 - ☐ è **invariata** rispetto a quanto indicato nell'ultimo prospetto informativo inviato il _____
 - ☐ è **variata** rispetto a quanto indicato nell'ultimo prospetto informativo inviato il _____
- e risulta così composta:

TOTALE LAVORATORI DIPENDENTI (compilare solo in caso di variazione intervenuta rispetto a quanto trasmesso con il Prospetto Informativo)	
<u>Lavoratori da escludere dal computo</u>	
– Dirigenti	
– Apprendisti	
– Lavoratori con contratto a termine inferiore a 6 mesi	
– Soci di cooperativa	
– Lavoratori disabili occupati L.482/68, L. 68/99	
– Lavoratori ex art.18, L.68/99 (nella misura massima dell'1% dei lavoratori al netto delle esclusioni) solo per le aziende appartenenti alla categoria A, ovvero con più di 50 lavoratori al netto delle esclusioni	
– Lavoratori ex art.18, L.68/99 in esubero rispetto all'1% assunti prima del 17/01/2000, conteggiati come disabili ai sensi della nota 21/02/05 *	
– Lavoratori acquisiti in dipendenza di passaggio di appalto (solo per le imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati)	
– Lavoratori con contratti di lavoro part-time o a chiamata riproporzionati (indicare la parte non lavorata)	
– Altre categorie di lavoratori da escludere	
TOTALE LAVORATORI NON COMPUTABILI	
LAVORATORI SU CUI SI CALCOLA LA QUOTA DI RISERVA	

- che la fascia di appartenenza (n. dipendenti totali a livello nazionale al netto delle esclusioni) è la seguente:
 - ☐ Azienda che occupa più di 50 dipendenti
 - ☐ Azienda che occupa tra 36 e 50 dipendenti



Preso atto che l'autorizzazione all'esonero parziale, ai sensi dell'art. 2, comma 2 del D.M. 357/2000, è concessa a tempo determinato;

CHIEDE

l'autorizzazione all'esonero parziale dagli obblighi occupazionali di cui all'art. 3 della legge 12 marzo 1999, n. 68 fino al (indicare il periodo di tempo proposto) _____ e nella misura complessiva di n. _____ unità, pari al _____ % della quota di riserva, secondo quanto di seguito specificato:

NUMERO ESONERI RICHIESTI / UNITÀ PRODUTTIVA					
DENOMINAZIONE E SEDE UNITÀ PRODUTTIVA	N. DIPENDENTI COMPUTABILI AI FINI DELLA QUOTA DI RISERVA	QUOTA DI RISERVA PERSONE DISABILI	N. DISABILI EVENTUALMENTE OCCUPATI	N. DISABILI PER CUI SI CHIEDE L'ESONERO	% SULLA QUOTA DI RISERVA
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
TOTALE	_____	_____	_____	_____	_____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del Codice Penale e delle norme speciali in materia nonché del fatto che la DIREZIONE REGIONALE, nel rispetto delle disposizioni dell'art. 71 del medesimo DPR, provvederà ad eseguire i prescritti controlli e a segnalare eventuali falsità alla Procura della Repubblica,

DICHIARA CHE

L'attività svolta dall'azienda è la seguente:

Le particolari condizioni di attività che giustificano la richiesta di esonero parziale riguardano:

1. **La faticosità della prestazione lavorativa richiesta** (descrivere in modo approfondito le modalità di svolgimento dell'attività lavorativa tali da giustificare la faticosità della prestazione):

2. **La pericolosità connaturata al tipo di attività, anche derivante da condizioni ambientali nelle quali si svolge l'attività stessa** (descrivere in modo approfondito le modalità di svolgimento dell'attività lavorativa tali da giustificare il difficoltoso inserimento della persona disabile):

3. **Le particolari modalità di svolgimento dell'attività lavorativa** (descrivere in modo approfondito le condizioni di lavoro che hanno natura tale da rendere difficoltoso l'inserimento della persona disabile):



4. Eventuali ulteriori informazioni altre informazioni utili a:

5. la presente richiesta di esonero non supera la misura del 60% dell'intera quota di riserva su base provinciale e nazionale.

6. In qualità di soggetto interessato, ha 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>

SI IMPEGNA

a versare il contributo esonerativo dovuto, **aggiornato con DM 193/2021 nella misura di euro 39,21 per ogni giorno lavorativo e per ciascun lavoratore disabile non occupato**, secondo le modalità che saranno indicate dal SILD competente.

Data

TIMBRO E FIRMA*

*Nel caso in cui la richiesta non sia firmata digitalmente ovvero la firma non venga apposta in presenza del funzionario addetto, deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

(EVENTUALE FIRMA DIGITALE)

La persona di riferimento per questa richiesta, che sarà contattata dal SILD competente per comunicazioni è:

Nome e Cognome

reperibile a: numero di telefono:

indirizzo e-mail: