

TIMBRO O CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA

Marca da bollo
€ 16,00

SPETTABILE
DIPARTIMENTO POLITICHE DEL LAVORO E
DELLA FORMAZIONE
POLITICHE PER L'INCLUSIONE LAVORATIVA
*CENTRO PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI
DISABILI E DEGLI SVANTAGGIATI*
PIAZZA DELLA REPUBBLICA, 5
11100 A O S T A

PEC: **politiche_lavoro@pec.regione.vda.it**

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 Valle d'Aosta in
_____ via/fraz. _____
Telefono: _____ cellulare _____ fax _____
indirizzo PEC: _____

DICHIARA

- che la situazione occupazionale, in Valle d'Aosta, 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	
<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) *	
- 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	

* solo per le aziende appartenenti alla categoria A, ovvero con più di 50 lavoratori al netto delle esclusioni

- 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

CHIEDE

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 c. 3 della Legge 68/99, di poter essere esonerato dall'assunzione di personale disabile nella sede di _____ nella misura di seguito determinata:

NR. POSTI DISABILI IN ESONERO	PERCENTUALE RICHIESTA	DURATA	
		DAL	AL

PRECISA 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

SI IMPEGNA

a versare il contributo esonerativo dovuto, nella misura di euro 39,21 per ogni giorno lavorativo e per ciascun lavoratore disabile non occupato, secondo le modalità che saranno indicate dal Centro per il Diritto al Lavoro dei Disabili e degli Svantaggiati.

Data _____

TIMBRO E FIRMA*

(EVENTUALE FIRMA DIGITALE)

La persona di riferimento per questa richiesta, che sarà contattata dal Centro per il Diritto al Lavoro dei Disabili e degli Svantaggiati per comunicazioni è:

Nome e Cognome _____ reperibile a:

numero di telefono: _____

numero di fax: _____

indirizzo e-mail: _____

*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.