

**ALLEGATO A**

Alla Provincia del Medio Campidano  
Assessorato alle Politiche e ai Servizi per il Lavoro  
Servizio Inserimento Mirato Legge 68/99  
Via Carlo Felice n.201  
09025 - Sanluri

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AI BENEFICI PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI  
ALMENO 12 MESI (L.12 MARZO 1999, N.68 ART.11 E L.R. 28/10/2002 N.20 ART.1).**

\_L\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Denominazione Ente/Azienda/ecc. \_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Sede operativa (compilare nel caso sia diversa da quella legale):

in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_;

in riferimento all'Avviso Pubblico per la richiesta di contributi finalizzati all'assunzione a tempo determinato di almeno 12 mesi dei lavoratori disabili ai sensi della L.68/99 L.R. 20/2002

**CHIEDE**

**(Ai sensi dell'art.11 della L.68/99, della L.R. 28/10/2002 N.20 e della**

**Del. RAS n.28/08 del 26/06/2012)**

Di poter usufruire di n. \_\_\_\_\_ contribut\_ a favore dei soggetti ospitanti per l'attivazione dell'assunzione a tempo determinato, della durata di:

*(crocezzare la voce interessata o le voci interessate in caso di richiesta di più voucher)*

*Assessorato alle Politiche e Servizi per il Lavoro*

*Richiesta di ammissione ai benefici per l'assunzione a tempo determinato di almeno 12 mesi (L.12 marzo 1999, n.68 art.11 e L.R. 28/10/2002 n.20 art.1).*

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*

VER.: *n. 2 del 19.07.2013*

APPROVATO CON: *-*

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Lavoro*

RESPONSABILE *Dott.ssa Lorena Cordeddu*

SERVIZIO: *provinciale inserimento mirato disabili*

SEDE: *via Carlo Felice, 201 - 09025 Sanluri (VS)*

TEL.: *070 9356200*

FAX.: *070 9371089*

REDATTO DA: *-*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *disabili@provincia.mediocampidano.it*

<input type="checkbox"/> Mesi 12 (full-time)	<input type="checkbox"/> Mesi 12 (part-time, pari ad almeno il 50% dell'orario di lavoro a tempo pieno previsto dal CCNL)	<input type="checkbox"/> Mesi 12 (part-time, di almeno 15 ore settimanali)
--	---	--

Con individuazione del lavoratore disabile mediante:

- Selezione propria
- Richiesta di preselezione al Servizio Provinciale inserimento mirato disabili.

## DICHIARA

**(Ai sensi e per gli effetti degli artt 46, 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia)**

*crocezzare la voce interessata*

- Di essere in regola con gli obblighi di legge;
- Di aver adempiuto agli obblighi assunzionali della Legge n.68/99;
- Di non essere soggetto agli obblighi assunzionali dalla Legge n.68/99;
- Di avere sede legale e/o operativa nel territorio provinciale del Medio Campidano;
- che l'azienda è soggetta alla ritenuta d'acconto al 4%;
- che l'azienda non è soggetta alla ritenuta d'acconto del 4%
- Che l'organico aziendale si compone di numero unità \_\_\_\_\_ di cui:
  - Personale a tempo indeterminato n. \_\_\_\_\_;
  - Personale a tempo determinato n. \_\_\_\_\_;
  - Tirocini formativi in corso \_\_\_\_\_;
  - Altro n. \_\_\_\_\_

## SI IMPEGNA

Entro 45 gg. lavorativi, dalla trasmissione della comunicazione dell'ammissione al contributo da parte dell'Ufficio inserimento mirato disabili, pena l'esclusione:

1. a stipulare apposita convenzione ai sensi della L. 68/99, at.11, predisposta dall'ufficio competente "Servizio inserimento mirato disabili";
2. a sottoscrivere con gli uffici preposti il progetto di inserimento lavorativo;
3. Entro 10 gg. lavorativi dal ricevimento dell'"autorizzazione all'assunzione", pena l'esclusione, si impegna ad avviare il lavoratore e darne contestuale comunicazione al Servizio Inserimento mirato provinciale.

**Allega:**

- Copia del documento di identità del Rappresentante Legale dell'Ente richiedente, ai fini dell'art. 46 D.P.R. 445/2000;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Legale Rappresentante<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Firma autenticata ai sensi del DPR 28/12/2000 n.445

*Assessorato alle Politiche e Servizi per il Lavoro*

**Richiesta di ammissione ai benefici per l'assunzione a tempo determinato di almeno 12 mesi (L. 12 marzo 1999, n.68 art.11 e L.R. 28/10/2002 n.20 art.1).**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che il competente Servizio dell'Assessorato del Lavoro può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, art. 18 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ).

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_