

DIREZIONE REGIONALE LAVORO
Area decentrata "Centri per l'Impiego Lazio Centro"
S.I.L.D. (Servizio Inserimento Lavoro Disabili)
Via Raimondo Scintu 106 - 00173 Roma
sildcpicentro@regione.lazio.legalmail.it

Data _____

Oggetto: Richiesta avviamento numerico categoria:
(barrare la categoria prescelta)

1 – DISABILI ART. 1 L. 68/99 (INVALIDI CIVILI,
INVALIDI DEL LAVORO, SORDOMUTI)

2 – ART. 18 L.68/99 (ORFANI, VEDOVE ,
PROFUGHI)

La scrivente società:

Denominazione Sociale _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo Sede Roma _____

Nome /Cognome Referente _____

Telefono _____

Mail _____

Mail pec _____

con la presente richiede a codesto spett.le ufficio di avvalersi della richiesta numerica di n° _____ unità
DISABILI / ARTICOLO 18 L.68/99 a tempo indeterminato, facendo salva la facoltà di assunzione nominativa
sino alla pubblicazione dell'avviso pubblico, con relativo elenco dei posti disponibili.

QUALIFICA _____

DESCRIZIONE MANSIONE _____

ORARIO DI LAVORO _____

(es. a turni, full time, part time)

LUOGO DI LAVORO _____

(Roma e Provincia)

In Fede