

[Carta intestata dell'Azienda]

[Modello da utilizzare per la richiesta di esonero relativa alla sola sede di Roma]

Spett. **Regione Lazio**
Direzione Regionale Lavoro
Area decentrata "Centri per l'impiego Lazio
Centro"
Via R. Scintu, 106 – 00173 Roma

Email: esoneri.sildcpicentro@regione.lazio.it

OGGETTO: Richiesta di esonero parziale dagli obblighi occupazionali di cui alla Legge 68/99 art. 5, comma 3 e D.M. 7 Luglio 2000, n. 357.

Il sottoscritto..... in qualità di

legale rappresentante

titolare

della Ditta

Cod.fiscale

P.I.V.A Tel.....

Fax..... E-mail.....

sede legale in.....

Via.....nr.....

Cap Prov.

Attività esercitata.....

.....CCNL applicato.....

Codice ATECO e unità produttive nelle province di:

.....
.....

Nel caso di richiesta di esonero anche presso unità produttive site in altre province, si allegano n°..... istanza/e relativa/e a ciascuna unità produttiva, che codesto Ufficio si incaricherà di inviare ai servizi competenti .

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità
(art. 76 DPR 28.12.2000 N. 445)

CHIEDE

a causa delle seguenti speciali condizioni di attività dell'azienda: (*)

di essere, ai sensi dell'art.5 della legge 68/99 e del Decreto del Ministero del Lavoro n.357/2000, parzialmente esonerato dall'obbligo di assunzione di persone disabili nella misura del% corrispondente a n°.....disabili fino al/..../....., , impegnandosi, in caso di accoglimento della presente istanza, a versare al Fondo regionale per l'occupazione dei disabili un contributo esonerativo, pari a € 30, 64 per ogni giorno lavorativo, per ciascun lavoratore disabile non occupato e per l'intera durata del periodo di parziale esonero.

- A tal fine si acclude in allegato alla presente istanza, documentazione integrante le motivazioni addotte .

DICHIARA INOLTRE

che la situazione occupazionale dell'azienda nell'ambito della Città Metropolitana di Roma Capitale, è la seguente:

n. dipendenti validi ai fini della quota di riserva: (base di computo)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Quota di riserva	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
n. disabili in forza	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
n. disabili per cui è richiesto l'esonero:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nonché ai sensi dell'art. 3 del DPR 07 luglio 2000, n. 442.

Si allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

In attesa di un cortese riscontro, distinti saluti.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(*): la motivazione deve essere sviluppata tenendo conto di almeno una delle seguenti caratteristiche:

1. faticosità della prestazione lavorativa
2. pericolosità connaturata al tipo di attività, anche derivante da condizione ambientali nelle quali si svolge l'attività stessa;
3. particolare modalità di svolgimento dell'attività lavorativa

Indicare inoltre la consistenza di eventuale lavoro esterno o articolato su turni e il carattere di stabilità sul territorio delle unità operative interessate dal provvedimento di esonero.