Spettabile Servizio XII

Centro per l'Impiego di Palermo

**Collocamento obbligatorio**

Viale Praga, 29 – 90146 – **PALERMO**

PEC [cpi.pa@certmail.regione.sicilia.it](mailto:cpi.pa@certmail.regione.sicilia.it)

Mail: collocamentoobbligatorio.pa@regione.sicilia.it

|  |
| --- |
| **Richiesta di Passaggio diretto di lavoratore disabile** |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ’ (ART. 46 E 47 DPR 445/00)**

Il sottoscritto ……………………….…………..……. , nato a ……………………..…… il ..........................., residente a ……………….………….. in via …………………………….…………………. nella sua qualità di legale rappresentante/titolare dell’impresa (rag. sociale) ……………………………………………………………….………… P.IVA ……………….………...…………. , codice fiscale …...…………………………..……. , con sede a …………….…………………..……….. in via ….………………..……………. , tel. …………………… fax …………………… , con sede operativa in ………………………..…………… cap. ……………..… via ………….………………..………….…………… n. ………….... Attività …………………………..…………………… CCNL …………………………………………………………..……….;

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, è punito ai sensi del codice penale e delle norme speciali in materia**,**

***DICHIARA***

di voler assumere il Sig. / la Sig.ra ……………………………………….………………… , nato/a il …………..………..………… , a …………………………………….……………..…. e residente in via …………….……….……………..…………………………. a ………………………………………………………………………….… , con **passaggio diretto**, proveniente dall’impresa ……………………………………………………………..….… P.IVA ……………...…..……………………………. codice fiscale …………………………….…. , con sede a …………………….……………… presso la quale il/la lavoratore/trice ha preso servizio in data ……………………….. ed ha svolto effettive prestazioni lavorative per “un periodo di tempo non inferiore alla durata del periodo di prova stabilito nel contratto collettivo di lavoro” e che “il rapporto di lavoro deve risultare instaurato ai sensi delle norme che disciplinano il collocamento obbligatorio” (nota del 18.07.2002 e circ. 62/96 del Ministero del Lavoro e Politiche sociali). Considerato che il passaggio diretto non costituisce la forma abituale o prevalente per adempiere alle assunzioni obbligatorie e che il/la lavoratore/lavoratrice indicato/a svolgerà le stesse o analoghe mansioni svolte precedentemente nell’azienda cedente, l’azienda scrivente,

***CHIEDE***

**1) di poter proceder ( adattare …...) con l’assunzione secondo le seguenti modalità e tipologia di orario:**

|  |  |
| --- | --- |
| ****Tempo indeterminato  ****Tempo determinato mesi : dal ……………… al …………….. | Tempo Pieno  ****Tempo Parziale - Orario Medio Settimanale : ……… |

**2) che il/la lavoratore/lavoratrice sia computato/a nella quota percentuale di richiesta nominativa ai sensi dell’art. 7 c. 1 della legge 68/99.**

Ad autorizzazione concessa, l’azienda trasmetterà la Comunicazione di assunzione entro il giorno precedente a tale data, specificando la data effettiva d’instaurazione del rapporto e la tipologia del contratto di lavoro.

In attesa di autorizzazione a procedere, si porgono distinti saluti.

Per accettazione il/la lavoratore/lavoratrice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIMBRO AZIENDA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DELL’AZIENDA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data…………………..

La firma in calce alla dichiarazione è stata apposta in mia presenza, previa verifica dell’identità personale del dichiarante *………………………………………………………………*  (firma dell’addetto)

**(1) in sostituzione dell’apposizione della firma in presenza del dipendente addetto, deve essere allegata alla presente dichiarazione copia di un documento di riconoscimento**.