

TIMBRO O CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA

Spettabile
DIPARTIMENTO POLITICHE DEL LAVORO E
DELLA FORMAZIONE
POLITICHE PER L'IMPIEGO
CENTRO PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI
DISABILI E DEGLI SVANTAGGIATI
VIA COLONNELLO ALESSI, 4
11100 A O S T A

OGGETTO: Richiesta di avviamento obbligatorio numerico mediante chiamata con avviso pubblico

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di _____, in nome e per conto dell'Azienda _____, codice fiscale _____, con sede legale in _____ via/fraz. _____, indirizzo PEC: _____

vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 1203 del 20 maggio 2011

CHIEDE

l'avviamento a selezione per un'assunzione di

- checkbox N. __ Lavoratore/i disabile/i
checkbox N. __ Lavoratore/i appartenente/i alle categorie protette di cui all'art. 18 - L. 68/99

con il seguente profilo professionale/qualifica _____

descrizione dettagliata della mansione (utilizzo strumentazione informatica/macchinari/attrezzature, conoscenza lingue, condizioni in cui si svolge il lavoro, presenza di barriere architettoniche...)

Multiple horizontal lines for providing detailed description of the position.

FA PRESENTE

In particolare, che le mansioni assegnate saranno: _____

Horizontal lines for specifying assigned duties.

E' previsto l'utilizzo delle seguenti attrezzature (strumenti, macchinari, attrezzatura informatica, ecc...)

Horizontal lines for listing equipment to be used.

F A P R E S E N T E

- che l'assunzione del lavoratore avverrà
 - a copertura totale/parziale della quota d'obbligo prevista dalla Legge 68/99;
 - in esubero rispetto agli obblighi occupazionali previsti dalla Legge 68/99
 - in sostituzione di un lavoratore assunto ai sensi della L. 68/99 , dimissionario/cessato
 - al di fuori degli obblighi previsti dalla L. 68/99.

- nell'ambito di quanto previsto dalla convenzione, ex art.11 – L. 68/99, stipulata in data _____ prot. n. _____

- che le condizioni contrattuali saranno le seguenti:

⇒tipologia di contratto:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato dal _____ al _____

⇒Monteore settimanale:

- tempo pieno per n. _____ ore settimanali distribuite su ____ giorni lavorativi
- tempo parziale per n. _____ ore settimanali distribuite su ____ giorni lavorativi

⇒contratto collettivo di lavoro applicato _____

⇒livello di inquadramento _____

⇒Luogo di lavoro _____

DATA

FIRMA*

*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.