



Unione europea
Fondo sociale europeo
Investiamo nel vostro futuro



Provincia di Modena

IL COLLOCAMENTO MIRATO

Legge 68/99



Un'opportunità per le aziende

**GUIDA RAPIDA A SERVIZI E STRUMENTI PER REALIZZARE
IN MODO EFFICACE IL COLLOCAMENTO MIRATO**

disponibile sul sito:
<http://www.lavoro.provincia.modena.it>



Unione europea
Fondo sociale europeo



Provincia di Modena

*“La domanda da porsi è questa:
che cosa può fare un disabile per la collettività in cui vive?
E’ una domanda rivoluzionaria, un cambio drastico di cultura e immagine.
(Dal libro “E li chiamano disabili” di Candido Cannavò)*

KIT Legge 68/99

INDICE

PREMESSA	3
1 - Convenzione art. 11 L. 68/99	4
2 - Servizio di preselezione e avviamenti nominativi	5
3 - Tirocinio Formativo	7
4 - Convenzione art. 22 L.R. 17/05	9
5 - Esonero parziale	10
6 - Compensazione territoriale	11
7 - Riconoscimenti	12
8 - Sospensione degli obblighi di legge	13
9 - Avviamenti numerici	14
10- Contributi e incentivi	15

ALLEGATO 1 – MODULISTICA COLLOCAMENTO MIRATO PROVINCIA DI MODENA

ALLEGATO 2 – INDIRIZZI, TELEFONI E MAIL DEL COLLOCAMENTO MIRATO DI MODENA E DI TUTTI I CENTRI PER L'IMPIEGO DELLA PROVINCIA DI MODENA

PREMESSA

Il Collocamento Mirato, previsto dalla Legge 68/99 sul diritto al lavoro delle persone disabili, è una modalità di inserimento lavorativo che prevede l'utilizzo di strumenti in grado di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi dei posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi di lavoro.

L'Ufficio Collocamento Disabili è il Servizio specialistico che l'Amministrazione Provinciale di Modena ha attivato per l'attuazione della l. 68/99. Ha l'obiettivo di favorire l'integrazione al lavoro delle persone con disabilità attraverso servizi di consulenza, supporto e mediazione rivolti sia alle persone che alle aziende.

Il Servizio ha competenza amministrativa sull'intero territorio provinciale. La sede centrale è a Modena presso il Centro per l'Impiego (via delle Costellazioni 180).

La **Guida** ha lo scopo di fornire alle aziende e ai consulenti interessati alla l. 68/99 uno strumento pratico e di facile consultazione, in modo da indirizzare al meglio le scelte sulle possibilità previste dalla normativa per ottemperare gli obblighi di legge, ma anche in cui reperire i principali riferimenti normativi, le indicazioni concrete sulle procedure da seguire e con collegamenti alla modulistica di riferimento.

La legge 68/99 prevede l'obbligo per i datori di lavoro che hanno una base di computo superiore a 14 dipendenti di assumere persone con disabilità nella seguente misura:

- 1 unità per chi occupa dai 15 ai 35 dipendenti (l'obbligo scatta solo in caso di nuove assunzioni);
- 2 unità per chi occupa dai 36 ai 50 dipendenti;
- 7% della base di computo per chi occupa più di 50 dipendenti. Questa categoria di datori di lavoro è obbligata ad avere in forza anche persone appartenenti alle altre categorie protette nella misura dell'1% della base di computo.

I datori di lavoro hanno 60 giorni dal momento in cui insorge l'obbligo per mettersi in regola con la Legge 68/99.

RIFERIMENTI PER LA MODULISTICA

Tutta la modulistica è scaricabile in versione Word - PDF dal seguente indirizzo:

<http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica

SCHEDA 1 – CONVENZIONE DI INSERIMENTO LAVORATIVO (art. 11 l. 68/99)

- COS'E'

La Convenzione di inserimento lavorativo è un atto negoziale tra l'Amministrazione Provinciale e l'Impresa finalizzato a definire tempi e modalità delle assunzioni dei lavoratori disabili.

La convenzione, che può avere una durata massima di 36 mesi, permette ai Datori di lavoro di:

- programmare nel tempo le assunzioni definendo dei profili "generici";
- assumere con *richiesta nominativa* anche la quota riservata agli avviamenti numerici, in deroga alla percentuale prevista dall'art. 7, Legge 68/99;
- realizzare i tirocini formativi finalizzati all'assunzione;
- richiedere gli incentivi previsti dall'art. 13 l. 68/99 per le assunzioni di lavoratori con particolari tipologie di deficit;
- assumere a tempo determinato e part-time.

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza telefonica su questo strumento o per fissare un appuntamento è possibile chiamare il seguente numero di telefono 059-209986 durante gli orari d'ufficio.

Per l'invio della modulistica: FAX 059-2918594 (Mail:

provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)

- PROCEDURA E MODULISTICA

Il datore di lavoro interessato invia all'Ufficio Collocamento Disabili della Provincia:

1. il **Modello A9** - Proposta di Convenzione
 - a mezzo fax (059-2918594)
 - o via posta elettronica certificata
(provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)
2. due marche da bollo da 16 euro da apporre sulle due copie della Convenzione (una copia per l'azienda e una copia per la Provincia).

Il modello di Proposta di Convenzione (**modello A9**) può essere scaricato all'indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica.

Allo stesso indirizzo è disponibile lo schema di Convenzione art. 11 l. 68/99 (**modello A8**).

ALLEGATI: modello A8 – modello A9

SCHEDA 2 – SERVIZIO DI PRESELEZIONE E ASSUNZIONI NOMINATIVE

- COS'E'

La Preselezione è un servizio finalizzato a facilitare le imprese nell'individuazione dei lavoratori disabili da assumere ai sensi della Legge 68/99. E' un servizio di supporto nella ricerca del personale disabile da assumere nominativamente **offerto gratuitamente** dall'Ufficio Collocamento Disabili della Provincia di Modena.

Il servizio prevede la segnalazione di una rosa di candidati con caratteristiche idonee alle richieste di professionalità espresse dalle imprese.

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza relativa alla definizione dei profili professionali più idonei all'inserimento lavorativo è possibile chiamare il seguente numero di telefono 059-209986 durante gli orari d'ufficio.

Per l'invio della modulistica: FAX 059- 2918594 (Mail: provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)

- PROCEDURA E MODULISTICA

Il datore di lavoro interessato invia all'Ufficio Collocamento Disabili della Provincia:

1. la Richiesta Lista Selettiva (modello A10) in cui descrive i contenuti professionali della mansione da inserire nell'organico:
 - a mezzo fax (059-2918594)
 - o via posta elettronica certificata (provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)

L'Ufficio supporta inoltre il datore di lavoro nella:

- definizione della mansione;
- analisi ambientale.

necessari per una puntuale individuazione delle professionalità maggiormente rispondenti alle esigenze aziendali e alle competenze delle persone iscritte alle liste della L. 68/99.

2. Individuazione della persona da assumere.

Il servizio si realizza attraverso:

- la pubblicazione dell'offerta di lavoro (in forma anonima o palese);
- la raccolta e l'analisi delle candidature;
- l'invio all'azienda di un elenco di nominativi preselezionati, con relativi Curricula e limitazioni al lavoro, tra i quali il datore di lavoro può liberamente individuare la persona da assumere.

3. il **Modello A12** – Richiesta Nulla Osta Nominativo (almeno 15 giorni prima della presunta assunzione e comunque nel rispetto degli eventuali termini previsti in Convenzione art. 11 L. 68/99):
 - a mezzo fax (059-2918594)
 - o via posta elettronica certificata (provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)
4. Rilascio del Nulla Osta da parte dell'Ufficio.
5. Comunicazione dell'assunzione in via telematica (COT) al Centro per l'Impiego competente (almeno il giorno antecedente l'assunzione attraverso il sistema informativo SARE)

Il modello di Richiesta di Lista Selettiva (**modello A10**) e il modello di Richiesta di Nulla Osta Nominativo (**modello A12**) possono essere scaricati all'indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica.

ALLEGATI: modello A10 – modello A12

SCHEDA 3 – TIROCINIO FORMATIVO

- COS'E'

Il Tirocinio formativo è un'esperienza di formazione e orientamento che si realizza tramite l'inserimento graduale in azienda ed è rivolta alle persone disabili che necessitano di acquisire competenze per l'inserimento / reinserimento nel mercato del lavoro.

Il tirocinio formativo è un'interessante opportunità anche per l'azienda che ha possibilità di formare i potenziali collaboratori in relazione alle proprie esigenze e con il supporto di un tutor che segue l'andamento del progetto.

Il rapporto che si costituisce tra azienda e tirocinante **non è un rapporto di lavoro**.

E' previsto il pagamento di una indennità di almeno € 450,00 mensili, fatte salve le specifiche deroghe previste nei casi indicati dalle disposizioni vigenti.

I tirocini formativi sono attivati anche in collaborazione con i Servizi Socio-Sanitari della provincia che potranno tutorare le persone inserite.

Dal 16 settembre 2013 è entrata in vigore la Legge Regionale N. 7/2013 che regola i tirocini formativi in Emilia Romagna. Per maggiori informazioni consultare: <http://formazioneelavoro.regione.emilia-romagna.it/tirocini>

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza relativa all'attivazione dei tirocini formativi, alla definizione dei profili professionali più idonei e per l'elaborazione del progetto formativo, è possibile contattare il numero 059-209986 durante gli orari d'ufficio.

Per l'invio della modulistica: FAX 059-2918594.

- PROCEDURA E MODULISTICA

Il datore di lavoro interessato invia all'Ufficio Collocamento Disabili della Provincia

1. la Richiesta Lista Selettiva (modello A10) in cui descrive i contenuti professionali della mansione da inserire nell'organico attraverso il percorso di tirocinio formativo:
 - a mezzo fax (059-2918594)
 - o via posta elettronica certificata (provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)
2. L'Ufficio supporta inoltre il datore di lavoro nella:
 - definizione della mansione;
 - analisi ambientale.

3. Attivazione del percorso e definizione del progetto formativo

- per i tirocini promossi dal Centro per l'Impiego è necessario utilizzare la modulistica presente sul sito: www.lavoro.provincia.modena.it ==> Bandi e Moduli ==> Modulistica ==> Aziende ==> Schema Convenzione e Schema Progetto.
- La modulistica dei tirocini promossi in collaborazione con i Servizi Socio-Sanitari sarà fornita al momento dell'attivazione.
- Il tirocinio potrà essere promosso anche da altri soggetti promotori previsti dalla normativa vigente.

Il modello di Richiesta di Lista Selettiva (**modello A10**) può essere scaricato all'indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica.

ALLEGATI: modello A10

SCHEDA 4 - CONVENZIONE ART. 22 L.R. 17/05

- COS'E'

Le convenzioni art. 22, disciplinate dalla L.R. 17/05, permettono di definire dei programmi di inserimento individualizzato in cooperative sociali di disabili con particolari difficoltà di accesso al mondo del lavoro.

Questo strumento permette all'azienda la copertura fino al 30% della quota dell'obbligo L.68/99, a fronte dell'affidamento di una specifica commessa ad una cooperativa sociale (esternalizzazione di attività), ferma restando, per la quota rimanente, l'ottemperanza degli obblighi di assunzione di cui alla l. 68/99.

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza telefonica relativa alla verifica della sussistenza delle condizioni per attivare questo strumento e alla compilazione della modulistica è possibile contattare il numero 059-209987 durante gli orari d'ufficio.

- PROCEDURA E MODULISTICA

Il datore di lavoro interessato, dopo aver individuato la cooperativa sociale in cui potranno essere realizzati gli inserimenti lavorativi a fronte del conferimento della commessa, presenta:

1. il **Modello A18** - Domanda di Attivazione della Convenzione art. 22 indicando le caratteristiche principali della commessa e gli elementi essenziali del progetto di inserimento lavorativo presso la cooperativa sociale. E' necessario apporre una marca da bollo da 16 euro.

N.B.: la Provincia, qualora valuti positivamente la proposta, verifica la disponibilità di persone disabili da inserire, con il loro consenso, nelle cooperative sociali, avvalendosi della collaborazione dei Servizi Socio-Sanitari del territorio.

2. il **Modello A17** - Convenzione tra Provincia, impresa committente e cooperativa sociale che verrà sottoscritta dalle parti in triplice copia. E' necessario apporre due marche da bollo da 16 euro.

Il datore di lavoro può quindi computare nella quota di riserva, per la durata della convenzione, il numero di unità indicate nella convenzione stessa.

La Domanda di Attivazione della Convenzione art. 22 (**modello A18**) e lo Schema di Convenzione tra Provincia di Modena, Datore di lavoro privato e Cooperativa Sociale/Consorzio (**modello A17**) possono essere scaricati all'indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica.

ALLEGATI: modello A17 – modello A18

Per consultare l'elenco delle cooperative sociali della provincia di Modena accedere al sito: <http://wwwservizi.regione.emilia-romagna.it/sociale/coop/>

SCHEDA 5 - ESONERO PARZIALE (art. 5 comma 3 l. 68/99)

- COS'E'

I datori di lavoro che, per le speciali condizioni della loro attività (faticosità, pericolosità e particolari modalità di svolgimento dell'attività lavorativa) ritengono di non poter occupare l'intera quota di disabili cui sarebbero tenuti, possono richiedere l'autorizzazione all'esonero parziale dagli obblighi di assunzione.

L'esonero parziale può essere concesso nella misura massima del 60% della quota d'obbligo e può essere rinnovato a scadenza per una durata massima di 36 mesi.

I datori di lavoro autorizzati devono versare un contributo di € 30,64 per ogni disabile non assunto per ogni giorno lavorativo (pari a circa 7500 euro all'anno per unità esonerata).

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza telefonica relativa alla verifica della sussistenza delle condizioni per attivare questo strumento e alla compilazione della modulistica è possibile contattare il numero 059-209971 durante gli orari d'ufficio.

- PROCEDURA E MODULISTICA

Il datore di lavoro interessato presenta:

1. il **Modello A4** - Domanda motivata all'Ufficio Collocamento Disabili indicando il numero dei dipendenti per ciascuna unità produttiva per la quale si richiede l'esonero e le speciali condizioni dell'attività lavorativa che, secondo la legge possono consentire l'esonero.

E' necessario apporre una marca da bollo da 16 euro.

2. L'Ufficio Collocamento Disabili verifica la sussistenza delle speciali condizioni che consentono il rilascio dell'autorizzazione all'esonero parziale.
3. La Provincia concede o nega l'autorizzazione, con provvedimento motivato, e lo comunica al datore di lavoro entro 120 giorni dalla presentazione della domanda.

N.B.: se la domanda viene **respinta** il datore di lavoro ha 30 giorni per pagare il contributo esonerativo e 60 giorni per mettersi in regola con gli obblighi della L68/99, presentando richieste di assunzione o attivando altri strumenti (es. Convenzione art. 11 L. 68/99).

La Richiesta di autorizzazione all'Esonero Parziale dall'obbligo di assunzione di disabili (**modello A4**) e la Richiesta di Rinnovo del Provvedimento di Esonero Parziale dall'obbligo di assunzione di disabili (**modello A5**) possono essere scaricati all'indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica.

ALLEGATI: modello A4 – modello A5

SCHEDA 6 - COMPENSAZIONE TERRITORIALE (art. 5 comma 8 l. 68/99 e s.m.)

- COS'E'

La compensazione territoriale prevede la possibilità, per i datori di lavoro che hanno più unità produttive dislocate sul territorio nazionale (c.d. imprese “multilocalizzate”) e per quelle facenti parte di un gruppo di imprese con sede in Italia (c.d. “collegate o controllate”) di assumere in un'unità produttiva un numero di disabili superiore alla quota d'obbligo, portando le eccedenze a compenso del minor numero assunto in altre unità produttive della stessa Regione o di Regioni diverse.

L'istituto della compensazione territoriale non è compatibile con quello dell'esonero parziale.

Il Ministero del Lavoro, con la circolare n. 27 del 24 ottobre 2011, ha fornito le istruzioni necessarie per attuare le disposizioni dell'articolo 9 del Decreto Legislativo n.138/2011 sul nuovo regime delle compensazioni.

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza telefonica relativa alla verifica della sussistenza delle condizioni per attivare questo strumento e alla compilazione della modulistica è possibile contattare il numero 059-209993 durante gli orari d'ufficio.

Per l'invio della modulistica: FAX 059-2918594 (Mail: provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)

- PROCEDURA E MODULISTICA

- La compensazione opera in via automatica sulla base della sola dichiarazione del datore di lavoro attraverso la presentazione annuale del **Prospetto Informativo**.
- Il prospetto va inviato ai servizi competenti delle province in cui hanno sede le diverse unità produttive della stessa azienda (o le diverse imprese dello stesso gruppo), entro il 31 gennaio di ogni anno.

N.B.: l'azienda che necessita di certificazione di ottemperanza, e la compensazione territoriale non risulti dall'ultimo Prospetto Informativo presentato, dovrà presentare specifica comunicazione al Servizio competente.

SCHEDA 7 – RICONOSCIMENTI (art. 4 comma 4 l. 68/99)

- COS'E'

E' una procedura che prevede la possibilità, per le imprese che hanno assunto lavoratori/lavoratrici disabili senza le procedure del collocamento obbligatorio o lavoratori/lavoratrici che sono divenuti inabili nel corso del rapporto di lavoro, di richiedere che tali lavoratori vengano computati nella quota di riserva, a patto che siano in possesso di un "verbale di prima istanza" (verbale di invalidità) con almeno 60% se invalidi civili o almeno 34% se invalidi del lavoro.

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza telefonica relativa alla verifica della sussistenza delle condizioni per attivare questo strumento e alla compilazione della modulistica è possibile contattare il numero 059-209971 durante gli orari d'ufficio.

Per l'invio della modulistica: FAX 059-2918594 (Mail: provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)

- PROCEDURA E MODULISTICA

Il datore di lavoro interessato presenta:

1. **il Modello A11** – Modulo per richiedere il riconoscimento nella quota d'obbligo di persone disabili già occupate, corredato dal "verbale di prima istanza" del lavoratore e della "diagnosi funzionale".

Il Riconoscimento nella quota di riserva, infatti, non opera automaticamente ma occorre presentare il modello suddetto alla Provincia.

N.B.: per attivare questa procedura, inoltre, è necessario **il consenso del lavoratore**.

2. La Domanda può essere presentata solo dopo che la percentuale di invalidità stabilita dalla legge sia stata accertata dalla competente Commissione medica per gli invalidi civili o per gli invalidi del lavoro.

N.B.: nel caso in cui il tale percentuale sia stata accertata con il "verbale di prima istanza" e non con la "diagnosi funzionale", il riconoscimento:

- avviene in via temporanea e il lavoratore dovrà richiedere la visita di accertamento della diagnosi funzionale alla competente Commissione medica;
- diviene definitivo solo una volta ottenuta la diagnosi funzionale.

Il modulo per richiedere il Riconoscimento, nella quota d'obbligo, di persone disabili già occupate (**modello A11**) può essere scaricato all'indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica.

ALLEGATI: modello A11

SCHEDA 8 – SOSPENSIONE DEGLI OBBLIGHI DI LEGGE (art. 3 comma 5 l. 68/99)

- COS'E'

La normativa prevede la sospensione temporanea degli obblighi di assunzione di lavoratori/lavoratrici disabili in determinate situazioni di crisi o riorganizzazione aziendale, quali ad esempio: contratti di solidarietà (CDS), cassa integrazione guadagni straordinaria (CIGS) e procedure di mobilità.

La procedura di mobilità determina la sospensione a livello nazionale mentre la CDS e CIGS determinano la sospensione in ambito provinciale in proporzione al numero di lavoratori effettivamente coinvolti nella procedura.

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza telefonica relativa alla verifica della sussistenza delle condizioni per attivare questo strumento e alla compilazione della modulistica è possibile contattare il numero 059-209971 durante gli orari d'ufficio.

Per l'invio della modulistica: FAX 059-2918594 (Mail:

provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)

- PROCEDURA E MODULISTICA

- La richiesta di sospensione deve essere presentata dal datore di lavoro al Servizio Provinciale competente sul territorio dove si trova la sede legale dell'impresa, accompagnata dal provvedimento amministrativo che attesta le condizioni di CIGS, CDS, Mobilità.
- Nel caso in cui il datore di lavoro non sia ancora in possesso del provvedimento autorizzativo di ammissione al trattamento, è possibile comunque presentare la richiesta di sospensione temporanea che, dopo una valutazione da parte del Servizio Provinciale competente, potrà essere concessa per un periodo non superiore ai tre mesi, rinnovabili una sola volta.
- Entro 60 giorni dal termine della sospensione il datore di lavoro deve presentare richiesta di avviamento al Servizio provinciale competente.

I **modelli A2** e **A3** possono essere scaricati all'indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Servizi alle Aziende ==> Modulistica.

ALLEGATI: modello A2 – modello A3

SCHEDA 9 - AVVIAMENTI NUMERICI (art. 7 l. 68/99)

- COS'E'

L'avviamento numerico è una forma di avviamento al lavoro realizzato d'ufficio presso datori di lavoro che non hanno coperto l'intera quota d'obbligo numerica prevista dalla legge 68/99, sia per le persone disabili che per le categorie protette ex art. 18 L. 68/99.

La Provincia pubblica i posti disponibili e formula una graduatoria specifica per ogni occasione di lavoro, nella quale sono inserite solo le persone che si sono candidate. L'azienda è obbligata ad assumere il lavoratore che viene avviato dalla Provincia sulla base della graduatoria.

- A CHI RIVOLGERSI

Per una consulenza telefonica relativa all'attivazione di questo strumento è possibile contattare il numero 059-209971 oppure 059-209987 durante gli orari d'ufficio.

Per l'invio della modulistica: FAX 059-2918594 (Mail:

provinciadimodena@cert.provincia.modena.it)

- PROCEDURA E MODULISTICA

La Provincia di Modena realizza gli avviamenti numerici con il sistema della "chiamata con avviso pubblico" (art. 9 co. 5 L.68/99), che prevede:

- comunicazione di avvio del procedimento con cui l'Ufficio Collocamento Disabili informa l'azienda che la mansione, individuata sulla base di quanto dichiarato nel prospetto informativo, sarà oggetto di avviamento numerico;
- pubblicazione periodica dei posti di lavoro disponibili presso le aziende che hanno scoperture nella quota di assunzioni numeriche;
- raccolta delle candidature da parte dei Centri per l'Impiego;
- individuazione delle persone da avviare tra coloro che si sono candidati per i singoli posti in base ad una graduatoria formulata sulla base dei criteri oggettivamente previsti dalla normativa vigente. L'avviamento verrà effettuato previa valutazione del Comitato Tecnico della compatibilità tra la mansione indicata dall'azienda e le residue capacità lavorative delle persone inserite in graduatoria;
- emissione del Nulla Osta numerico che obbliga il datore di lavoro ad assumere a tempo indeterminato la persona individuata dalla Provincia entro 30 giorni dal rilascio.

SHEDA 10 - CONTRIBUTI E INCENTIVI

Il Servizio Politiche del Lavoro eroga contributi finalizzati a favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità con risorse del Fondo Regionale Disabili e del Fondo Nazionale Disabili:

1 A - FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ **- CONTRIBUTI PER ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO**

ANNO 2013

Contributi a datori di lavoro che assumono a tempo indeterminato persone con disabilità, iscritte negli elenchi di cui all'art. 8 della L. 68/99

- con riduzione della capacità lavorativa non inferiore al 50% con disabilità psichica e/o intellettiva indipendentemente dalla percentuale di invalidità

Sono ammesse anche le trasformazioni a tempo indeterminato di precedenti rapporti a tempo determinato.

Non sono ammesse le assunzioni con contratto di apprendistato.

Le **assunzioni/trasformazioni** devono fare riferimento ai periodi: **01.01.2013 – 31.12.2013**

Priorità:

1. assunzioni effettuate da datori di lavoro che non ricevono contributi sul Fondo nazionale disabili per la stessa assunzione, sulla base delle informazioni conosciute dall'Amministrazione al momento dell'approvazione della graduatoria
2. assunzioni realizzate in esito a tirocini e azioni di inserimento coprogettate con i servizi socio-sanitari territoriali e con il privato sociale
3. assunzioni realizzate da imprese non soggette ad obbligo di cui alla Legge n. 68/99
4. assunzioni finalizzate all'inserimento lavorativo di persone con handicap intellettivo e/o psichico
5. assunzioni realizzate da imprese soggette ad obbligo di cui alla Legge n. 68/99 con obbligo già coperto
6. assunzioni realizzate da imprese che, a seguito dell'assunzione per cui si chiede il contributo, coprano completamente la quota d'obbligo

Una quota delle risorse disponibili è riservata al finanziamento delle **assunzioni in sedi operative situate nei comuni colpiti dal sisma**.

Termine per la presentazione delle domande: **28/02/2014 per le domande riferite all'anno 2013**

ENTITÀ DEL CONTRIBUTO: il contributo massimo erogabile per l'assunzione/trasformazione a tempo indeterminato dei soggetti sopra indicati ammonta ad € 7.000,00, fatto salvo quanto previsto dalla normativa e dai regolamenti comunitari in materia di aiuti di stato.

La modulistica e l'avviso pubblico relativi alla domanda di contributo saranno disponibili nella home page del portale lavoro al seguente indirizzo: <http://www.lavoro.provincia.modena.it/>

1 B - FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

- CONTRIBUTI PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO

ANNI 2013

Contributi a datori di lavoro che assumono a tempo determinato ovvero abbiano intenzione di assumere a tempo determinato per un periodo **superiore a 6 mesi** persone **con disabilità psichica e/o intellettiva**, ai sensi degli artt. 9 e 13 della L. 68/99 accertata dalla competente commissione con la diagnosi funzionale, indipendentemente dalla percentuale di invalidità, iscritte negli elenchi di cui all'art. 8 della L. 68/99.

Le assunzioni devono fare riferimento ai periodi: **01.01.2013 – 31.12.2013**

Priorità:

1. assunzioni realizzate in esito a tirocini e azioni di inserimento coprogettate con i servizi socio-sanitari territoriali e con il privato sociale
2. assunzioni realizzate da imprese non soggette ad obbligo di cui alla Legge n. 68/99
3. assunzioni realizzate da imprese soggette ad obbligo di cui alla Legge n. 68/99 con obbligo già coperto
4. assunzioni realizzate da imprese che, a seguito dell'assunzione per cui si chiede il contributo, coprono completamente la quota d'obbligo

Una quota delle risorse disponibili è riservata al finanziamento delle **assunzioni in sedi operative situate nei comuni colpiti dal sisma**.

Termine per la presentazione delle domande: 28/02/2014 per le domande riferite all'anno 2013

ENTITÀ DEL CONTRIBUTO: il contributo erogabile per l'assunzione a tempo determinato dei soggetti sopra indicati è pari al 25% del costo salariale relativo al periodo in cui il lavoratore disabile è assunto; in ogni caso il contributo non potrà superare l'importo massimo di € 3.500,00.

La modulistica e l'avviso pubblico relativi alla domanda di contributo saranno disponibili nella home page del portale lavoro al seguente indirizzo: <http://www.lavoro.provincia.modena.it/>

Per informazioni sul Fondo Regionale: **Ufficio Relazioni con il pubblico** tel.059/209199
info@provincia.modena.it

2 - FONDO NAZIONALE PER IL DIRITTO AL LAVORO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ
- CONTRIBUTI PER ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO
- RIMBORSO FORFETARIO PARZIALE DELLE SPESE NECESSARIE ALLA
TRASFORMAZIONE DEL POSTO DI LAVORO

I datori di lavoro possono presentare domanda di contributo ai sensi dell'art. 13 Legge 68/99 (Fondo Nazionale per il diritto al lavoro delle persone con disabilità) per le assunzioni effettuate dall'1/1 al 31/12 di ogni anno, in particolare:

- A) per l'assunzione a tempo indeterminato di persone con disabilità effettuate nell'ambito delle convenzioni stipulate tra Provincia di Modena e datore di lavoro per la programmazione degli inserimenti lavorativi (L. 68/99, art. 13 lettere a) o b))
- sono escluse le trasformazioni e le assunzioni con contratto di apprendistato
- B) per il rimborso forfetario parziale delle spese necessarie alla trasformazione del posto di lavoro per renderlo adeguato alle possibilità operative dei disabili assunti a tempo indeterminato con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50 per cento o per l'apprestamento di tecnologie di telelavoro ovvero per la rimozione delle barriere architettoniche che limitano in qualsiasi modo l'integrazione lavorativa del disabile (L. 68/99, art. 13 lettera d).

ENTITÀ DEL CONTRIBUTO:

per le domande di contributo di cui alla lettera A):

- In misura non superiore al 60 per cento del costo salariale, per ogni lavoratore disabile che abbia una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79 per cento o minorazioni ascritte dalla prima alla terza categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni, ovvero con handicap intellettuale e psichico, indipendentemente dalle percentuali di invalidità (L. 68/99, art. 13 lettera a))
- In misura non superiore al 25 per cento del costo salariale, per ogni lavoratore disabile che abbia una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67 per cento e il 79 per cento o minorazioni ascritte dalla quarta alla sesta categoria di cui alle tabelle citate (L. 68/99, art. 13 lettera b))

per le domande di contributo di cui alla lettera B):

- fatte salve ulteriori disposizioni, gli importi ordinariamente sono definiti annualmente con apposita informativa pubblicata sul sito <http://www.lavoro.provincia.modena.it>

Per informazioni sulle opportunità di incentivi e sulle date di scadenza delle domande e sulla relativa modulistica è possibile consultare il Portale Lavoro della Provincia di Modena al seguente indirizzo <http://www.lavoro.provincia.modena.it/> ==> Disabili ==> Contributi ed Incentivi.

ALLEGATO 1

MODULISTICA IN USO PRESSO IL COLLOCAMENTO MIRATO DELLA PROVINCIA DI MODENA

Modello A2

ALLA PROVINCIA DI MODENA
SERVIZIO POLITICHE DEL LAVORO
UFFICIO COLLOCAMENTO DISABILI
VIA DELLE COSTELLAZIONI N. 180
41126 MODENA
TEL. 059/209988
FAX 059/2918594

Oggetto: Comunicazione ai fini della sospensione degli obblighi occupazionali.

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della ditta

con sede legale in _____ Via _____

e filiali in _____

C.F. _____ P. IVA _____

esercente l'attività di _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità

comunica

- > Di aver attivato la procedura di mobilità prevista dagli artt. 4 e 24 della Legge n. 223/91 in data _____;
- > Che in data _____, ha effettuato l'accordo/manca accordo (che si allega in copia);
- > Che i licenziamenti saranno comminati entro il termine, previsto dal suddetto accordo, del _____;
- > Che il numero dei licenziamenti è di n. _____ unità;
- > Che le unità produttive interessate sono dislocate in _____.

Il sottoscritto si impegna, nel caso di procedura in corso, a comunicare entro il termine di 10 giorni dalla stipulazione, la data dell'accordo o mancato accordo e le ulteriori notizie richieste.

Si impegna altresì a comunicare, in caso di almeno 5 licenziamenti, la data dell'ultimo licenziamento.

Firma Legale Rappresentante

Data,

Si prega di indicare chiaramente l'indirizzo di posta elettronica certificata a cui inviare le comunicazioni.

Modello A3

**Marca
da bollo
€ 16**

ALLA PROVINCIA DI MODENA
SERVIZIO POLITICHE DEL LAVORO
UFFICIO COLLOCAMENTO DISABILI
VIA DELLE COSTELLAZIONI N. 180
41126 MODENA
TEL. 059/209988
FAX 059/2918594

Oggetto: **Richiesta di sospensione degli obblighi occupazionali ex art. 3, comma 5 della Legge n. 68/99.**

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della ditta

con sede legale in _____ Via _____

Tel. _____ Fax _____

e filiali in _____

C.F. _____ P. IVA _____

esercente l'attività di _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R. nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità, con la presente:

comunica:

- di aver attivato una procedura di cassa integrazione straordinaria guadagni prevista dagli artt. 1 e 3 della legge 23 luglio 1991 n. 223 e successive modificazioni in data _____;

o

- di aver attivato una procedura di contratto di solidarietà prevista dall'articolo 1 del D.L. 30 ottobre 1984 n. 726, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 1984 n. 863 in data _____;
- che in data _____, ha effettuato l'accordo/manca accordo (che si allega in copia);
- che in data _____ ha inoltrato al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Direzione Generale degli Ammortizzatori Sociali Divisione IV domanda per l'ammissione alla procedura sopra indicata;
- che le unità produttive interessate sono dislocate in _____;

chiede

la sospensione degli obblighi occupazionali ex art. 3 comma 5 della Legge n. 68/99.

Firma Legale Rappresentante

Data,

Si prega di indicare chiaramente l'indirizzo di posta elettronica certificata a cui inviare le comunicazioni.

SI RICORDA CHE:

- se l'azienda è GIA' IN POSSESSO DEL DECRETO DI AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DI INTEGRAZIONE SALARIALE, il presente modulo non deve essere inviato.
- se l'azienda non è in possesso del decreto di autorizzazione al trattamento di integrazione salariale e ha già inviato al ministero del lavoro la domanda di trattamento di integrazione salariale ma non ha ottenuto ancora la relativa autorizzazione, per poter beneficiare della sospensione deve inoltrare la presente richiesta.

Modello A4



ALLA PROVINCIA DI MODENA
SERVIZIO POLITICHE LAVORO

Ufficio Collocamento Disabili
Via delle Costellazioni, 180

Tel. 059/209988 – fax 059/2918594
41126 MODENA

Oggetto : richiesta di esonero parziale dall'obbligo di assunzione di disabili di cui all'art. 5, comma 3, Legge n. 68/99 nonché al D.M. 07/07/2000 n. 357.

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della ditta
_____ P. IVA _____ C.F.
_____ con sede legale in _____ (_____) Via
_____ e filiali in _____

esercente l'attività di _____
tenuto conto che l'organico **complessivo** aziendale, in ambito nazionale, risulta essere:

N. TOTALE DIPENDENTI _____

n. dipendenti utili ai fini della quota di riserva: _____

n. disabili spettanti nella quota di riserva: _____

n. disabili in forza _____

premesso che la consistenza dell'organico aziendale nell'unità produttiva operante nella provincia di Modena è:

- variata rispetto al quanto indicato sull'ultimo Prospetto Informativo del _____;
 - invariata rispetto a quanto indicato sull'ultimo Prospetto Informativo del _____;
- e comunque risulta così composta :
(da compilare in ogni caso)

			n. disabili spettanti nella quota di riserva:	n. disabili in forza	data festività Santo Patrono
Modena					

Ha tutt'ora in essere una convenzione

ex art. 11 L. 68/99

ex art. 22 L.R. 17/05

stipulata con la Provincia di Modena in data _____ per n° _____ disabili di cui sono ancora da effettuare le assunzioni per n° _____ persone.

Riepilogo unità produttive dislocate in altre province diverse da Modena:

(da compilarsi solo se si richiede l'esonero per una percentuale corrispondente al 100% sul territorio Provinciale)

Provincia Unità produttiva	n. dipendenti utili ai fini della quota di riserva	Disabili spettanti	Disabili in forza	% di esonero richiesta	N° persone esonerate

Le caratteristiche dell'attività svolta nelle unità produttive in Provincia di Modena sono:

chiede

di essere esonerato dall'assunzione di personale disabile nella misura del _____ (*massimo 60%*)* fino al (*data*) _____: tale percentuale corrisponde a n. _____ persone disabili.

Descrivere analiticamente le posizioni organizzative e le mansioni rispetto alle quali l'esonero stesso deve operare _____

**(per le imprese che operano nel settore della sicurezza e vigilanza e nel settore del trasporto privato la percentuale può essere aumentata fino all'80%).*

A tal fine dichiara che le condizioni particolari dell'attività aziendale in cui si evidenzia la difficoltà di effettuare inserimenti mirati sono le seguenti:

(si prega di produrre una descrizione dettagliata di quanto richiesto ai punti di seguito indicati)

1. **faticosità della prestazione lavorativa (es. deambulazione, stazione eretta, movimentazione manuale carichi, elevata manualità, ecc)** _____.

2. **pericolosità connaturata al tipo di attività, anche derivante da condizioni ambientali nelle quali si svolge l'attività stessa (es. agenti chimici e/o fisici, processo produttivo, impianti tecnologici, macchine ed attrezzature, sostanze e materie prime a rischio, condizioni di esecuzione, movimentazione meccanica ecc)**

3. **particolare modalità di svolgimento dell'attività lavorativa (lavoro esterno e/o articolato su turni, personale viaggiante, particolare specializzazione del personale ecc.)**

Consistenza dell'eventuale lavoro esterno (es. cantieri)

Eventuali lavorazioni articolate su turni _____

Carattere di stabilità sul territorio delle unità operative interessate: _____

Dichiara inoltre:

- che per eventuali informazioni l'Ufficio Collocamento Disabili di Modena potrà contattare il nostro referente aziendale Sig./Sig.ra _____ al n. tel. _____ fax _____ e-mail _____ indirizzo pec dell'azienda _____
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dell'organico determinante la modifica della quota d'obbligo d'assunzione di persone disabili prevista dell'art. 3, c. 1 della L. n. 68/99;
- di impegnarsi, in caso di richiesta del certificato di ottemperanza (ex art. 17 L n. 68/99) a presentare,

- contestualmente alla domanda di rilascio di tale certificato, copia della ricevuta dell'avvenuto versamento;
- di impegnarsi a pagare il contributo esonerativo, anche in caso di rigetto dell'istanza, per il periodo in cui opera la sospensione degli obblighi, ovvero dalla data di ricezione della domanda di autorizzazione da parte dell'Ufficio competente alla data del provvedimento di rigetto, relativamente al numero di unità interessate dal provvedimento;
 - di essere informato che il titolare del trattamento dei dati personali forniti dall'interessato è la Provincia di Modena, con sede in Modena, Viale Martiri della Libertà 34, e che il Responsabile del trattamento dei medesimi dati è il Direttore dell'Area Formazione, Istruzione, Lavoro e Politiche Sociali.
 - Di essere informato altresì che le informazioni che la Provincia deve rendere ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 sono contenute nel "Documento Privacy", di cui l'interessato potrà prendere visione presso la segreteria dell'Area Formazione, Istruzione, Lavoro e Politiche Sociali della Provincia di Modena e nel sito internet dell'Ente www.provincia.modena.it

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, conferma la dichiarazione riportata.

In attesa di cortese riscontro coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Firma del Legale Rappresentante

Data _____

Allega:

1 marca da bollo da € 16 (apposta sulla presente domanda)

Modello A5



ALLA PROVINCIA DI MODENA
SERVIZIO POLITICHE LAVORO
Ufficio Collocamento Disabili
Via delle Costellazioni, 180
Tel. 059/209988 – fax 059/2918594
41126 MODENA

Oggetto : richiesta di rinnovo del provvedimento di esonero parziale dall'obbligo di assunzione di disabili di cui all'art. 5, c. 3, Legge n. 68/99 nonché al D.M. 07/07/2000 n. 357.

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della ditta

_____ con sede legale in _____

Via _____ e filiali in _____

C.F. _____ P.IVA _____

esercitante l'attività di _____

tenuto conto che l'organico complessivo aziendale, in ambito nazionale, risulta essere:

N. TOTALE DIPENDENTI _____

n. dipendenti utili ai fini della quota di riserva: _____

n. disabili spettanti nella quota di riserva: _____

n. disabili in forza _____

premesso che la consistenza dell'organico aziendale nell'unità produttiva operante nella provincia di Modena è:

- variata rispetto al quanto indicato sull'ultimo Prospetto Informativo del _____;
- invariata rispetto a quanto indicato sull'ultimo Prospetto Informativo del _____;

e comunque risulta così composta :
(da compilare in ogni caso)

			n. disabili spettanti nella quota di riserva:	n. disabili in forza	data festività Santo Patrono
Modena					

Ha tutt'ora in essere una convenzione

ex art. 11 L. 68/99

ex art. 22 L.R. 17/05

stipulata con la Provincia di Modena in data _____ per n° _____ disabili di cui sono ancora da effettuare le assunzioni per n° _____ persone.

Riepilogo unità produttive dislocate in altre province diverse da Modena:

(da compilarsi solo se si richiede l'esonero per una percentuale corrispondente al 100% sul territorio Provinciale)

Provincia Unità produttiva	n. dipendenti utili ai fini della quota di riserva	Disabili spettanti	Disabili in forza	% di esonero richiesta	N° persone esonerate

Le caratteristiche dell'attività svolta in tale unità produttiva sono _____

In riferimento all'autorizzazione all'esonero parziale già concessa dal Servizio Politiche del Lavoro con determinazione del _____ n. _____ nella misura del _____ fino al _____

corrispondente a n. _____ persone disabili

chiede

il rinnovo del provvedimento di autorizzazione all'esonero parziale dagli obblighi di assunzione di personale disabile nella misura del _____ (*massimo 60%*)* fino al _____ corrispondente a n. _____ persone disabili.

Descrivere analiticamente le posizioni organizzative e le mansioni rispetto alle quali l'esonero stesso deve operare _____

**(per le imprese che operano nel settore della sicurezza e vigilanza e nel settore del trasporto privato la percentuale può essere aumentata fino all'80%).*

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara

che le condizioni dell'azienda descritte nel precedente provvedimento e necessarie al rilascio del citato provvedimento di esonero parziale:

- non sono variate rispetto alla data di rilascio dello stesso
- sono variate rispetto alle seguenti caratteristiche dell'attività aziendale:

e pertanto sono riconducibili alla:

faticosità; pericolosità; particolare modalità di svolgimento

dell'attività lavorativa (*indicare quale casistica ricorre – anche più di una*).

Dichiara inoltre:

- che per eventuali informazioni l'Ufficio Collocamento Disabili di Modena potrà contattare il nostro referente aziendale Sig./Sig.ra _____ al n. tel. _____ fax _____ e-mail _____ indirizzo pec dell'azienda _____
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dell'organico determinante la modifica della quota d'obbligo d'assunzione di persone disabili prevista dell'art. 3, c. 1 della L. n. 68/99;
- di impegnarsi, in caso di richiesta del certificato di ottemperanza (ex art. 17 L n. 68/99) a presentare, contestualmente alla domanda di rilascio di tale certificato, copia della ricevuta dell'avvenuto versamento;
- di impegnarsi a pagare il contributo esonerativo, anche in caso di rigetto dell'istanza, per il periodo in cui opera la sospensione degli obblighi, ovvero dalla data di ricezione della domanda di autorizzazione da parte dell'Ufficio competente alla data del provvedimento di rigetto, relativamente al numero di unità interessate dal provvedimento;
- di essere informato che il titolare del trattamento dei dati personali forniti dall'interessato è la Provincia di Modena, con sede in Modena, Viale Martiri della Libertà 34, e che il Responsabile del trattamento dei medesimi dati è il Direttore dell'Area Formazione, Istruzione, Lavoro e Politiche Sociali.
- Di essere informato altresì che le informazioni che la Provincia deve rendere ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 sono contenute del "Documento Privacy", di cui l'interessato potrà prendere visione presso la segreteria dell'Area Formazione, Istruzione, Lavoro e Politiche Sociali della Provincia di Modena e nel sito internet dell'Ente www.provincia.modena.it

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, conferma la dichiarazione riportata.

In attesa di cortese riscontro coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Firma del Legale Rappresentante

Data _____

Allega: 1 marca da bollo da € 16 (apposta sulla presente domanda)

NOTA INFORMATIVA RELATIVA AL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO ESONERATIVO

L'obbligo del pagamento del contributo esonerativo decorre dal momento della ricezione della domanda di autorizzazione all'esonero parziale da parte dell'Ufficio Collocamento disabili competente; in caso di rinnovo decorre dal giorno successivo alla scadenza stabilita nell'autorizzazione precedente.

Nel caso di richiesta di certificato di ottemperanza prevista dall'art. 17 della legge 68/99, il suddetto contributo deve essere versato contestualmente alla presentazione della richiesta stessa.

Il contributo esonerativo è pari a € 30,64 per ciascun lavoratore disabile non assunto e per ogni giorno lavorativo e deve essere versato al Fondo regionale per l'occupazione dei disabili mediante bonifico intestato alla Tesoreria della Regione Emilia-Romagna presso UNICREDIT BANCA SPA, Via Indipendenza, 11 Bologna

IBAN (coordinate bancarie internazionali)					

indicando la causale "Contributo esonerativo (di cui alla L.68/99) per la Provincia di Modena – anno ____" secondo le seguenti scadenze:

- entro 30 gg. dalla comunicazione dell'esito dell'istruttoria per la richiesta di esonero, nel caso in cui la relativa autorizzazione non sia stata concessa;
- entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello cui si riferisce l'esonero, allorchè l'autorizzazione sia stata concessa;
- immediatamente in caso di richiesta di certificato di ottemperanza.

Sono da considerarsi giorni lavorativi tutti i giorni feriali dal lunedì al venerdì compresi, escludendo le feste nazionali, le giornate di sabato e di domenica nonché la festività patronale.

Esempio di calcolo del contributo esonerativo:

Quota d'obbligo =	10
Percentuale concessa =	60%
n. unità esonerate =	6
n. giorni lavorativi (anno intero) =	252
Quota per unità/giorno	€30,64
TOTALE DA PAGARE =	$6 \times 252 \times 30,64 = 46.327,68 \text{ €}$

Il numero delle unità verrà calcolato in base ai Prospetti Informativi inviati, salvo le variazioni della quota d'obbligo in corso d'anno che devono essere comunicate – ad opera della ditta – all'ufficio competente entro gennaio dell'anno successivo a quello cui l'esonero si riferisce. I giorni da conteggiare per il pagamento del contributo ed il relativo importo saranno comunicati al datore di lavoro dall'Ufficio Collocamento Disabili entro il febbraio dell'anno successivo a quello in cui opera l'esonero.

L'azienda dopo avere effettuato il pagamento deve inviare una copia dell'avvenuto versamento all'Ufficio Collocamento Disabili (fax 059/2918594).

Sanzioni: i versamenti non corrispondenti alle entità o pagati oltre i termini stabiliti subiranno le seguenti maggiorazioni:

- ✓ 5% su base annua se la regolarizzazione avviene entro 30 gg. dai termini fissati
- ✓ 24% su base annua se la regolarizzazione avviene oltre 30 giorni dai termini fissati.

Modello A9

PROPOSTA DI CONVENZIONE AVENTE AD OGGETTO UN PROGRAMMA DI
INSERIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE DISABILI.
(ARTICOLO 11 DELLA LEGGE 12 MARZO 1999 N. 68)

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante dell'Impresa
- _____ con sede legale a _____ (CAP _____) - in
via _____ n° _____ ed unità operativa sita in
_____ - tel _____ - fax _____ C.F.
_____ P.IVA _____ - Cod. Istat ATECO _____ -esercente
l'attività di _____ - C.C.N.L. _____

Indispensabile: La persona di riferimento, che sarà eventualmente contattata dall'Ufficio Collocamento Mirato per le comunicazioni relative a questa convenzione, è (cognome e nome) _____ tel. _____ fax: _____ indirizzo e-mail: _____ ruolo _____

VISTI

i criteri espressi nelle linee guida riguardanti la convenzione quadro approvate con Delibera della Giunta Provinciale di Modena del 31/10/2000

DICHIARA

- che la consistenza dell'organico aziendale nell'unità produttiva operante nella provincia di Modena è:
 variata rispetto al quanto indicato sull'ultimo Prospetto Informativo del _____;
 invariata rispetto a quanto indicato sull'ultimo Prospetto Informativo del _____;

e comunque risulta così composta :

(da compilare in ogni caso)

Provincia	Totale dipendenti	N° dipendenti utili ai fini della quota di riserva	N° disabili spettanti nella quota di riserva:	n. disabili in forza	
				Nominativi	Numerici
Modena					

- che in data _____ ha chiesto/è stato concesso l'esonero parziale per n° _____ unità;
- che a norma della legge n. 68/99 è ancora tenuto ad assumere obbligatoriamente n. _____ disabili, di cui n° _____ in quota numerica e n° _____ nominativi.

CHIEDE

di stipulare una convenzione ai sensi dell'art. 11 della Legge 12 Marzo 1999 n. 68.

A tal fine

PROPONE

alla Provincia di Modena, Servizio Politiche del Lavoro, Ufficio Collocamento Disabili, il seguente programma di assunzione, presso l'unità locale di (Indirizzo) _____ Comune

_____;

Entro il: (data)	n. lav.	Assunzione nominativa (si/no). Se individuato indicare il nominativo e la data di nascita	Qualifica e mansioni (<i>vedi Allegato 1/conv da compilare</i>)	Tipologia*

* Tipologia di assunzione:

- Tempo indeterminato full time n. _____;
- Tempo indeterminato part time n. _____ orario medio settimanale ore _____;
- Tempo determinato della durata di _____ full time n. _____;
- Tempo determinato della durata di _____ part time n. _____ orario medio settimanale ore _____;
- Apprendistato n. _____;
- Tirocinio finalizzato all'assunzione n. _____;
- Altro n. _____; (specificare) _____;
- Da definire al momento dell'individuazione della persona da inserire n. _____.

Totale persone disabili da assumere in convenzione: _____.

SI IMPEGNA

- a rispettare, entro le scadenze stabilite, il piano di assunzione programmato;
- ad assolvere agli obblighi nascenti dai tirocini di formazione e di orientamento ed a fornire, entro 30 giorni dalla scadenza dei singoli tirocini, idonea informazione all'Ufficio competente della Provincia sugli esiti degli stessi;
- ad assolvere agli obblighi nascenti dai percorsi di integrazione lavorativa di cui all'articolo 11, comma 4 della L. 68/99 e a comunicarne gli esiti;
- ad indicare, in caso di esito positivo, la tipologia di assunzione prescelta, e, in caso negativo, fatti salvi gli obblighi di certificazione delle esperienze acquisite dai disabili tirocinanti, ad inoltrare, per tutte le unità interessate, richiesta di avviamento ai sensi degli artt. 3 e 9 della legge n. 68/99;
- a comunicare tempestivamente al Servizio competente della Provincia di Modena i motivi per cui non è stato possibile convertire i contratti a termine e quelli di apprendistato in contratti a tempo indeterminato al fine di consentire le integrazioni del caso;
- a comunicare ogni informazione utile per le verifiche previste;
- a richiedere all'Ufficio Disabili della Provincia di Modena, preventivamente all'assunzione, il relativo Nulla Osta.

Data _____

Firma

Allegati: Allegato 1/conv

N.B.: è possibile inviare la presente proposta **solo via fax**, al n° 059/2918594, non apponendo la marca da bollo. Quest'ultima verrà poi allegata per posta alla Convenzione firmata che vi verrà trasmessa dall'Ufficio.

ALLEGATO 1/CONV

Oggetto: definizione dei requisiti relativi alla/e mansione/i indicata/e nella proposta di convenzione per l'inserimento di persone disabili.

N.B.: Da compilare una copia per ogni mansione indicata in convenzione.

Comune/i in cui inserire la/e persona/e	
Attività aziendale e settore (CCNL)	
Qualifica	
Titolo di studio (<i>indicare se preferibile o indispensabile</i>)	
Descrizione della mansione (<i>descrivere brevemente le attività lavorative richieste nella qualifica</i>)	
Competenze lavorative – requisiti minimi per lo svolgimento della mansione (<i>es: contabilità, uso macchine controllo numerico, programmi informatici, ecc</i>)	
Tipologia orario di lavoro:	o full time o giornaliero
Patente	o part time ore _____ o 2 turni o 3 turni
Barriere architettoniche	NO SI A B C D E
Sbalzi termici	
Dispositivi per audiolesi	
Durante la mansione il lavoratore e' tenuto a spostare manualmente pesi? Quanti Kg? Con che frequenza (continuamente, spesso, occasionalmente, ecc.)?	
Si utilizzano sostanze particolari o potenzialmente pericolose? Se si, quali (es. detersivi, solventi, colle, agenti chimici, polveri, ecc.)?	
Il lavoro si svolge in postazione eretta?	
Il lavoro si svolge prevalentemente seduti?	
Necessita di precisione manuale?	
Necessita di frequente deambulazione?	
Necessita di buona vista?	
Richiede buone capacità relazionali?	
Il lavoro è raggiungibile con mezzi pubblici?	
Altro (<i>altre informazioni utili all'identificazione di persone idonee a svolgere la mansione indicata ad es. competenze linguistiche, informatiche, patentini, orario di lavoro, etc.</i>)	

Per quanto attiene le ricerche di personale, il referente dell'azienda è:

- lo stesso indicato per la convenzione (pag. 1 della presente proposta);
- Sig./ra _____ tel. _____ fax _____ mail _____

Timbro e firma _____

Modello A10

Denominazione aziendale

Alla
Provincia di Modena
Ufficio Collocamento disabili
Via delle Costellazioni, 180
41126 MODENA
fax 059/2918594

Oggetto: richiesta di lista selettiva.

Con la presente, al fine di selezionare il personale da assumere nominativamente, si richiede l'elenco delle persone disabili, iscritte nelle liste previste dall'art. 8 della L. 68/99, impiegabili nel nostro contesto produttivo.

A tal fine si inviano le seguenti informazioni:

COMUNE (indicare il comune in cui si svolge l'attività lavorativa)	
Attività	
Settore (ccnl)	
QUALIFICA	
DESCRIZIONE DELLA MANSIONE (descrivere brevemente le attività lavorative richieste nella qualifica)	
TITOLO DI STUDIO (indicare se indispensabile o preferibile)	
COMPETENZE LAVORATIVE – REQUISITI MINIMI PER LO SVOLGIMENTO DELLA MANSIONE (es: contabilità, uso macchine controllo numerico, programmi informatici, ecc)	
Conoscenze linguistiche (specificare la lingua ed il grado di conoscenza scritta e parlata)	

Conoscenze informatiche (specificare la tipologia di programmi ed il grado di conoscenza)						
Tipologia orario di lavoro (full time – part time – a turni)						
Specificare l'orario di lavoro (es. 08.00-12.30, 13.30-17.00)						
Tipologia contrattuale proposta						
PATENTE NECESSARIA PER LO SVOLGIMENTO DEL LAVORO				NO	SI	
TIPO DI PATENTE				A	B	C D E Altro
BARRIERE ARCHITETTONICHE (presenza di scale, gradini o piattaforme che possano mettere in difficoltà persone con problemi di diambulazione)						
SBALZI TERMICI (dovuti ad esempio all'utilizzo di macchinari che emettano fonti di eccessivo calore o freddo, forni, congelatori, sbalzi ambientali dovuti a lavori che richiedono l'entrata/uscita da stabilimenti)						
Dispositivi per audiolesi (presenza o meno di segnalazioni luminose di pericolo per persone che hanno problemi di udito)						
Patentino o abilitazione professionale necessari						
Durante la mansione il lavoratore e' tenuto a spostare manualmente pesi?						
Quanti Kg?						
Con che frequenza (continuamente, spesso, occasionalmente, ecc.)?						
Si utilizzano sostanze particolari o potenzialmente pericolose?						
Se si, quali (es. detersivi, solventi, colle, agenti chimici, polveri, ecc.)?						

Il lavoro si svolge in postazione eretta?	
Se sì, c'è la possibilità di utilizzare uno sgabello per quelle persone che non riescono a lavorare in piedi per l'intero orario di lavoro?	
Il lavoro si svolge prevalentemente seduti?	
Necessita di precisione manuale?	
Necessita di frequente deambulazione?	
Necessita di buona vista?	
Richiede buone capacità relazionali?	
La sede lavorativa è raggiungibile anche con mezzi pubblici?	

La persona di riferimento per questa richiesta, che sarà contattata dall'Ufficio Collocamento Mirato per le comunicazioni relative a questa richiesta, è:

(nome) _____ (cognome) _____

reperibile a:

numero di telefono: _____

numero di fax: _____

indirizzo e-mail: _____

indirizzo pec dell'azienda _____

Data _____ **timbro e firma** _____

Modello A11

DENOMINAZIONE AZIENDA
VIA
CAP
C.F./P.I.

ALLA PROVINCIA DI MODENA
SERVIZIO POLITICHE DEL LAVORO
UFFICIO COLLOCAMENTO DISABILI
VIA DELLE COSTELLAZIONI N. 180
41126 MODENA

E P.C.
AL/ALLA SIG.SIG.RA
(NOME DEL DISABILE)
.....
.....
.....

Oggetto: Richiesta d'inserimento di persona con disabilità nella quota d'obbligo prevista dall'art. 3 della L. 68/99 e DPR 333/2000

La scrivente Azienda occupa alle proprie dipendenze il/la Sig./Sig.ra, nato/a a il residente a in Via C.F....., assunto/a in data con la qualifica di

Al/Alla suddetto/a dipendente è stata riconosciuta un'invalidità per cecità, sordità o una riduzione della capacità lavorativa pari/superiore al 60% se invalido civile, superiore al 33% se invalido del lavoro, come si evince dal verbale che si allega.

Conseguentemente si richiede di poter computare tale lavoratore/trice nella quota d'obbligo come previsto dalla normativa citata in oggetto.

A tal fine si allega il modulo predisposto per la definizione delle caratteristiche riguardanti la mansione svolta.

Rimanendo in attesa di un cortese riscontro, si porgono distinti saluti

Timbro e firma

SEZ. 1 - INFORMAZIONI GENERALI

Ditta _____

Via _____ Comune _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____ P.E.C. _____

Settore _____

Tipo _____ di _____ attività _____ (descrivere _____ sinteticamente)

Referente Ufficio Personale _____

Reparto _____

Referente di reparto _____

Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione _____

Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza _____

Medico competente? SI NO NON OBBLIGATORIO

Esiste un centralino con almeno 5 linee telefoniche? SI NO

Numero di telefono del lavoratore _____ Firma Lavoratore _____

SEZ. 2 – CARATTERISTICHE AMBIENTALI RIFERITE ALLA MANSIONE DISPONIBILE CON RIFERIMENTO ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO DELLA PERSONA CON DISABILITA'

- /// **Mansione:** _____

- /// **Ci sono barriere architettoniche per accedere al reparto?** SI NO
- /// **Esiste un ascensore per l'accesso ai piani?** SI NO
- /// **E' possibile svolgere l'attività stando seduti?** SI NO
- /// **E' possibile adeguare il posti di lavoro?** SI NO
- /// **Ci sono problemi di rumorosità?** SI NO
(se SI, precisare il livello _____)
- /// **Ci sono problemi di polveri?** SI NO
(se SI, specificare quali _____)
- /// **Si utilizzano sostanze che possono esporre a rischi particolari?** SI NO
(se SI, specificare quali _____)
- /// **L'attività comporta l'esposizione a sbalzi termici?** SI NO



Il lavoro si svolge:

- In postazioni singole SI NO
- A piccoli gruppi SI NO
- A catena SI NO

SEZ. 3 - ORARIO DI LAVORO



Il lavoro si svolge:

- A tempo pieno SI NO
- A tempo parziale SI NO
- A turni SI NO



Specificare l'articolazione dell'orario delle tipologie sopra indicate: _____

SEZ. 4 - CONOSCENZE NECESSARIE PER SVOLGERE LA MANSIONE

Titolo di studio _____

Corsi di specializzazione _____

Corsi di formazione _____

Conoscenza del personal computer _____

Programmi _____

Patente SI NO Tipo _____

Altre conoscenze (specificare)

SEZ. 5 - COMPETENZE ACQUISITE DA ESPERIENZE LAVORATIVE RITENUTE UTILI PER SVOLGERE LA MANSIONE



Specificare: _____

SEZ. 6 - CAPACITÀ RICHIESTE DALLA MANSIONE LAVORATIVA

Specificare le capacità richieste dalla mansione lavorativa (barrare con "X")

Capacità	No	Raramente	Spesso	Sempre
1. Lavorare in squadra				
2. Lavorare in maniera autonoma				
3. Cura della persona				
4. Memorizzazione di un certo numero di informazioni				
5. Comunicare attraverso la parola e/o la scrittura				
6. Lavorare seduti				
7. Lavorare in piedi				
8. Assumere altre posture durante il lavoro (indicare quali _____)				
9. Spostarsi con le proprie gambe				
10. Effettuare movimenti difficoltosi (es. salire e scendere le scale)				
11. Utilizzare veicoli per spostare persone o cose				
12. Muovere gli arti superiori e inferiori				
13. Movimentazione manuale di pesi (specificare il peso _____)				
14. Precisione manuale				
15. Utilizzare una pedaliera				
16. Compiere sforzi fisici				
17. Mantenere la medesima posizione per lungo tempo				
18. Lavorare all'aperto				
19. Tollerare rumori o suoni costanti				
20. Tollerare le vibrazioni				
21. Adeguarsi ad un ritmo di lavoro prefissato				

Indicare i rischi relativi all'espletamento della specifica mansione richiesta: _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, conferma la dichiarazione riportata e si impegna a comunicare tempestivamente tutte le variazioni che interverranno.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, 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 7 Luglio 2000 n. 442.

Data _____

Firma _____

Modello A12

intestazione ditta/Ente

ALLA PROVINCIA di MODENA
SERVIZIO POLITICHE DEL LAVORO
UFFICIO COLLOCAMENTO DISABILI
VIA DELLE COSTELLAZIONI 180
TEL 059/209988 – FAX 059/2918594
41126 MODENA

Si prega di indicare chiaramente nello spazio soprastante l'indirizzo pec cui si vuole che venga inviato il Nulla Osta

OGGETTO: Richiesta di assunzione nominativa, ai sensi dell'art. 7 c. 1 della L.n. 68/99.

Con la presente si richiede l'autorizzazione all'assunzione nominativa di _____ nato/a _____, Prov. _____, il _____ residente/domiciliato a _____ CAP _____, in Via _____, iscritto/a nell'elenco delle persone disabili della Provincia di _____, con la qualifica di _____ nell'ambito del _____ livello contrattuale di cui al C.C.N.L. _____.

L'assunzione avverrà presumibilmente a far data da _____ ed il rapporto sarà a tempo indeterminato/determinato fino al _____, con orario di lavoro full time/part-time _____ ore/set.

La presente richiesta è effettuata nominativamente in quanto:

- Lo scrivente è datore di lavoro non soggetto agli obblighi della L 68/99
- Il lavoratore è un disabile in soprannumero rispetto agli obblighi della legge n. 68/99
- Lo scrivente è datore di lavoro che occupa da 15 a 35 dipendenti
- La presente assunzione rientra nel 50% delle assunzioni previste per chi occupa da 36 a 50 dipendenti
- La presente assunzione rientra nel 60% delle assunzioni previste per chi occupa oltre 50 dipendenti
- Il lavoratore ha una disabilità psichica e viene assunto nell'ambito di una convenzione
- Lo scrivente ha stipulato, con Codesta Provincia, un'apposita convenzione in data _____ prot. nr. _____.

Si dichiara che le condizioni economico-normative applicate sono conformi al C.C.N.L. applicato.

Distinti saluti

Data _____

Timbro e Firma

Modello A17

ALLEGATO ALLA CONVENZIONE QUADRO ART.22 L.R. N.17/05

Schema di convenzione fra Provincia di Modena, Datore di lavoro privato e Cooperativa sociale/Consorzio per l'attuazione dell'art. 22 L.R. 1/8/2005, n. 17

Il giorno del mese di dell'anno

Tra

La Provincia di Modena, rappresentata da

La Ditta (d'ora in poi denominata "Azienda") con sede legale in, via, P.IVA, nella persona del legale rappresentante Sig., nato a il

La Cooperativa Sociale/Consorzio (d'ora in poi denominata "Cooperativa sociale" /Consorzio), con sede in, via, Partita IVA n. iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali n. del nella persona del legale rappresentante Sig. nato a il

Visti

la Legge 12 marzo 1999, n. 68 recante norme in materia di diritto al lavoro delle persone disabili; la Legge Regionale 1 agosto 2005 n. 17 ed in particolare gli artt. 17 e 22, recanti norme in materia di promozione dell'integrazione lavorativa delle persone con disabilità e programmi di inserimento lavorativo in cooperative sociali;

la Convenzione Quadro, stipulata ex art. 22 Legge Regionale n. 17/2005, in data 03 dicembre 2009

dato atto che sussistono le condizioni per l'applicazione dell'istituto di cui all'art. 22 L.R. n. 17/2005 per l'inserimento di n. _____ persone con disabilità;

si conviene

Art. 1 – Affidamento della commessa

L'Azienda....., a fronte dell'inserimento lavorativo di n..... lavoratori/trici disabili nella Cooperativa sociale/Consorzio di cui alle premesse, nel rispetto dei criteri definiti nella Convenzione quadro ex art.22 della Legge Regionale Emilia Romagna n. 17/2005, stipulata in data....., di cui le parti medesime, con la firma della presente convenzione, dichiarano di avere piena e completa conoscenza, dichiara di affidare alla Cooperativa sociale/Consorzio....., per la durata di _____ mesi, con inizio il _____ e termine il _____, commessa/e di lavoro come da separato atto sottoscritto fra le parti, di cui si riportano le caratteristiche sostanziali nell'allegato 1 alla presente convenzione.

Nella determinazione contrattuale del valore complessivo della commessa, le parti private hanno compreso il costo del lavoro con la maggiorazione di almeno il 20%, come disciplinato dall'art 11 della richiamata convenzione quadro.

Ai fini dell'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di assunzione di persone con disabilità previsti dalla legge 68/99, sulla base di quanto stabilito dall'art 3 della citata convenzione quadro, il valore della commessa, determinato sulla base dei criteri sopra richiamati, corrisponde alla copertura di n. _____ unità d'obbligo.

Art. 2 – Inserimento di disabili nella Cooperativa/Consorzio

La Cooperativa sociale/Consorzio s’impegna ad effettuare entro e non oltre 20 giorni dalla stipula della presente convenzione l’assunzione del/dei Sig./Sigg., persona/e con disabilità iscritta/e nell’elenco di cui all’art. 8, comma 2, della L.68/99 ed appartenente/i ad una delle categorie descritte all’art. 5 della Convenzione Quadro sopra citata.

La/e assunzioni realizzate dalla Cooperativa Sociali dovrà/nno avere le seguenti caratteristiche

Nome e cognome	Tipologia assunzione (T.D. / T. IND/ apprendistato...)	Orario contrattuale	Qualifica	mansione

La Cooperativa sociale/Consorzio si impegna ad inserire la/le persona/e con disabilità, affidando alla/alle stessi mansioni compatibili con il suo/loro stato di salute, attraverso un percorso di inserimento lavorativo personalizzato, come descritto nell’allegato 2 alla presente convenzione, in conformità all’art.11 della convenzione quadro.

La Cooperativa sociale/Consorzio si impegna, in caso di dimissioni di una o più persone disabili inserite a fronte della presente convenzione, a richiedere alla Provincia, entro e non oltre 7 giorni dalla cessazione, l’avviamento in sostituzione di un corrispondente numero di lavoratori/trici in possesso dei prescritti requisiti.

La Cooperativa sociale/Consorzio, sulla base di quanto previsto dall’art. 3 co. 4 della citata Convenzione quadro, dovrà in ogni caso garantire il raggiungimento del monte ore complessivo sulla base del quale è stato calcolato il valore della commessa, proseguendo i rapporti di lavoro, od instaurando nuovi rapporti di lavoro con le persone segnalate dalla Provincia, anche oltre la scadenza della presente convenzione.

Art. 3 – Ulteriori obblighi della Cooperativa sociale/Consorzio

La Cooperativa sociale/Consorzio s’impegna a favorire l’inserimento e la crescita professionale dei/lle lavoratori/trici disabili attraverso il supporto di uno specifico servizio di tutoraggio.

Si impegna, altresì, a corrispondere ai/alle lavoratori/trici disabili assunti ai sensi della presente convenzione il trattamento economico e normativo previsto dal C.C.N.L. stipulato dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative e dal contratto provinciale integrativo e dagli accordi applicati ai dipendenti della Cooperativa sociale/Consorzio ove viene effettuato l’inserimento, nonché ad effettuare le commesse affidate dall’Azienda secondo le modalità individuate nell’atto d’affidamento di cui all’art.1 della presente convenzione.

Da ultimo si impegna ad informare semestralmente la Provincia e l’Azienda committente sull’andamento della convenzione, mediante una relazione scritta, completa della descrizione del percorso seguito, dei risultati raggiunti e delle eventuali difficoltà incontrate.

Art. 4 – Obblighi dell’Azienda

A fronte delle prestazioni previste dal contratto di commessa, l’Azienda s’impegna a corrispondere regolarmente alla Cooperativa sociale/Consorzio, dietro presentazione di regolari fatture o note contabili, quote del valore della commessa di lavoro per l’importo e con la periodicità concordate

nell'apposito contratto tra l'azienda e la Cooperativa sociale contratto.

Art. 5 – Scioglimento della commessa

La validità e l'efficacia del contratto di affidamento della commessa costituiscono un presupposto di validità della presente convenzione. Ne consegue che il verificarsi di qualunque causa di scioglimento del contratto di affidamento della commessa comporta la decadenza di diritto della presente convenzione, con conseguente ripristino degli obblighi occupazionali ex art. 3 L. n. 68/1999 a carico dell'Azienda.

Le Parti sono tenute a comunicare immediatamente alla Provincia il verificarsi di una causa di scioglimento della commessa. In tal caso la Provincia metterà immediatamente in campo tutte le iniziative più opportune per favorire la (eventuale) ricollocazione del disabile.

Art. 6 - Validità della convenzione

La Provincia riterrà la convenzione non valida o non più rinnovabile nei seguenti casi:

- a) mancata comunicazione entro 7 giorni da parte della cooperativa sociale o del consorzio di cooperative sociali della diminuzione del numero di disabili stabilito con la stipula della convenzione, anche per causa di dimissioni del disabile;
- b) grave inadempimento rispetto a quanto previsto nel programma di inserimento lavorativo o venir meno di requisiti previsti negli artt. 6 e 7 della convenzione quadro;
- c) scioglimento del contratto di affidamento della commessa.

Art. 7 – Durata

La presente convenzione singola ha durata di ---- mesi, con decorrenza dall'avvio del/lla primo/a lavoratore/trice disabile.

Art. 8 – Clausole finali

Per ogni aspetto non esplicitamente contemplato nella presente convenzione si rimanda ai contenuti della Convenzione Quadro sottoscritta in data ed alle vigenti disposizioni di legge.

I termini della presente Convenzione potranno essere modificati, concordemente, su richiesta di ciascuno dei contraenti ovvero laddove mutino le condizioni che vi hanno dato origine.

_____, li _____

L'Azienda

la Cooperativa Sociale/Consorzio

La Provincia di Modena

.....

.....

.....

**Marca
da bollo
€ 16**

Al Servizio Politiche del Lavoro della Provincia di Modena

DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI CONVENZIONE AI SENSI DELL'ART.22 DELLA L.R. N.17/2005

SEZIONE 1 (dati sull'azienda che presenta la domanda) - DA COMPILARSI A CURA DELL'AZIENDA COMMITTENTE

Ragione sociale dell'Azienda: _____

Sede legale in _____ Via _____

Partita IVA _____

Legale rappresentante: _____ nato a _____ il _____

Unità operativa nella Provincia di Modena _____

Responsabile delegato a gestire la convenzione: _____

Persona da contattare per la gestione della pratica: _____

tel. _____

fax _____

e-mail _____

situazione rispetto agli obblighi di cui alla legge 68/99, aggiornata alla data della richiesta:

n. dipendenti: _____ base di computo _____ quota d'obbligo _____

n. disabili in forza: _____ n. disabili da assumere _____

strumenti attivati per adempiere agli obblighi della legge 68/99 (Convenzioni ex art. 11 e 12, esonero parziale, compensazione territoriale, ecc) e relative unità coinvolte:

SEZIONE 2 (attestazione dei requisiti di cui all'art. 6 della convenzione quadro) - DA COMPILARSI A CURA DELL'AZIENDA COMMITTENTE

Il/la sottoscritto/a _____,
legale rappresentante della suddetta Azienda, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000

DICHIARA che l'azienda sopra citata

1. non è sottoposta a procedure concorsuali;
2. ha regolarmente adempiuto alle eventuali convenzioni singole precedentemente stipulate ai sensi dell'art. 22 L.R. 17/05, salvo casi di inadempimento non imputabile al datore di lavoro;
3. è ottemperante agli obblighi della legge 68/99, anche attraverso l'attivazione e l'attuazione della presente convenzione con le modalità previste dall'art. 3 della convenzione quadro provinciale.

SEZIONE 3 (caratteristiche fondamentali previste per la commessa, da regolare definitivamente tra le parti con separato contratto tenuto conto degli artt. 9, 10 e 11 della convenzione quadro)

Coop. sociale o consorzio destinatario della commessa _____

tipologia dei prodotti o servizi da conferire: _____

avvio stimato della commessa _____
(la commessa può anche essere preesistente)

durata: _____

valore previsto (*): _____

categoria/qualifica contrattuale di riferimento per il valore della commessa (art.11 conv.quadro) (*)

- CCNL applicato dall'azienda committente _____
- Categoria/qualifica _____
- trattamento economico lordo _____
(compresi oneri previdenziali ed assistenziali).
- numero di ore settimanali su cui è calcolato il valore della commessa _____

Ai fini dell'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di assunzione di persone con disabilità previsti dalla legge 68/99 il valore della commessa, determinato sulla base dei criteri richiamati nella convenzione quadro (art 3 e 11) corrisponde alla copertura di n _____ **unità** d'obbligo.

(*) secondo quanto previsto dall'art. 11 punto 2 della convenzione, per individuare il costo del lavoro che determina il valore della commessa ai fini della determinazione di unità d'obbligo computabili (art 11 punto 1 della conv.quadro) occorre fare riferimento nel CCNL applicato dall'impresa fornitrice di commessa, ad una categoria e/o qualifica contrattuale equivalente e/o corrispondente a quella in cui dovrà essere inquadrata nella cooperativa sociale o nel consorzio la persona disabile, prendendo considerazione le mansioni che dovranno essere svolte per l'esecuzione della commessa. Il costo del lavoro è maggiorato di una di una percentuale di almeno il 20% a fronte degli oneri relativi alle misure di accompagnamento.

SEZIONE 4 (informazioni dati sulla cooperativa sociale) – DA COMPILARSI A CURA DELLA COOPERATIVA SOCIALE /CONSORZIO

Ragione sociale della Coop. Sociale/consorzio: _____

Sede legale in _____ Via : _____

Partita IVA _____ Iscrizione albo regionale coop sociali n. _____ del _____

Unità locale nella Provincia di Modena _____

Legale rappresentante: _____ nato a _____ il _____

Responsabile delegato a gestire l'attuazione della convenzione: _____

tel. _____ fax: _____

e-mail: _____

SEZIONE 5 (attestazione dei requisiti di cui all'art. 7 della convenzione quadro) - DA COMPILARSI A CURA DELLA COOPERATIVA SOCIALE /CONSORZIO

Il/la sottoscritto/a _____,
legale rappresentante della suddetta Cooperativa/Consorzio, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. iscrizione, alla CCIAA di _____ col numero _____;
2. iscrizione all'Albo Regionale di cui alla L.R. Emilia Romagna 4/2/1994, n. 7 e all'albo delle società cooperative di cui al D.Lgs. 220/2002;
3. in regola con gli adempimenti per l'aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali previsti al punto 3 della delibera regionale n. 1319 del 3 settembre 2007;
4. applicazione del C.C.N.L. della cooperazione sociale stipulato dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative e del relativo contratto provinciale integrativo;
5. ottemperanza agli obblighi della legge 68/99;
6. regolare adempimento delle eventuali convenzioni singole precedentemente stipulate ai sensi dell'art. 22 L.R. 17/05, salvo che l'inadempimento non sia imputabile alla cooperativa;
7. attuale svolgimento di ulteriori attività oltre alla commessa sopra descritta;
8. assenza di procedure concorsuali;
9. rispetto delle norme nazionali e regionali in materia di tutela e sicurezza del lavoro e barriere architettoniche;
10. in regola con le contribuzioni assicurative e previdenziali dei dipendenti;
11. presenza personale formato e qualificato all'assistenza e al tutoraggio del disabile grave.

SEZIONE 6 (informazioni sul possibile progetto di inserimento lavorativo)) - DA COMPILARSI A CURA DELLA COOPERATIVA SOCIALE /CONSORZIO

tipologia del contratto di lavoro individuale _____

mansioni disponibili per il/i disabile/i in cooperativa _____

orario di lavoro full time part time (ore _____ su _____)

sede di lavoro _____

(in caso di convenzione stipulata da un consorzio, indicare la cooperativa sociale e che assumerà il/i lavoratore/i disabile/i e la relativa sede di lavoro)

possibili strumenti a supporto dell' /degli inserimento/i

SEZIONE 7 (ulteriori informazioni) - EVENTUALE

Ulteriori informazioni ritenute utili al fine dell'esame della presente domanda:

ALLEGATI:

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che il Titolare dei dati forniti è la Provincia di Modena, con sede in Modena, viale Martiri della Libertà 34, e il Responsabile è il Direttore dell'Area Istruzione, Formazione Professionale, Lavoro e Politiche sociali .

Le informazioni che la Provincia deve rendere ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 sono contenute nel "Documento Privacy", di cui l'interessato potrà prendere visione presso la Segreteria dell'Area Istruzione, Formazione Professionale, Lavoro e Politiche sociali della Provincia di Modena, presso l'Ufficio Relazioni col Pubblico della Provincia di Modena e nel sito internet dell'Ente: www.provincia.modena.it.

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Sottoscrizione da parte dell'impresa committente:

Il sottoscritto/la sottoscritta _____,
legale rappresentante della suddetta impresa, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, DICHIARA, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000, che tutte le informazioni e le dichiarazioni contenute nelle **sezioni 1, 2, 3 e 6** della presente domanda corrispondono al vero.

Luogo e data: _____

Timbro e firma dell'impresa committente: _____

Sottoscrizione da parte della cooperativa sociale/consorzio:

Il sottoscritto/la sottoscritta _____,
legale rappresentante della suddetta Cooperativa sociale/consorzio, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, DICHIARA, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000, che tutte le

informazioni e le dichiarazioni contenute nelle sezioni **3, 4, 5 e 6** della presente domanda corrispondono al vero.

Luogo e data: _____

Timbro e firma della cooperativa sociale /consorzio : _____

INTERVISTA A TUTOR COOP SOCIALE

(Art. 22 L.R. 17/2005))

Domanda di attivazione convenzione del _____ dall'Azienda _____

DENOMINAZIONE COOPERATIVA SOCIALE	
SEDE COOPERATIVA Indicare la sede di lavoro in cui deve avvenire l'inserimento ex art 22 LR 17/05	
QUALIFICA	
CATEGORIA CONTRATTUALE	
MANSIONI/COMPITI (descrizione). Indicare se si tratta delle mansioni oggetto della commessa o mansioni diverse)
COMPETENZE SCOLASTICHE RICHIESTE –
COMPETENZE LAVORATIVE RICHIESTE (es: contabilità, uso macchine controllo numerico, programmi informatici, ecc)
ORARIO DI LAVORO (EVENTUALI TURNI)	
NECESSITÀ DI PATENTE PER SVOLGERE LA MANSIONE O PER RAGGIUNGERE IL POSTO DI LAVORO	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
SBALZI TERMICI	
IL SOLLEVAMENTO PESI È FREQUENTE?	
SE SÌ, QUANTI KG?	
SI UTILIZZANO SOSTANZE PARTICOLARI?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
SE SÌ, QUALI?	
IL LAVORO SI SVOLGE PREVALENTEMENTE IN PIEDI?	
IL LAVORO SI SVOLGE PREVALENTEMENTE SEDUTI?	
NECESSITA DI PRECISIONE	

ALLEGATO 2 – Indirizzi, telefoni e mail del Collocamento Mirato di Modena e di tutti i Centri per l'Impiego della Provincia di Modena

• **Ufficio Collocamento Mirato MODENA**

INDIRIZZO: Via delle Costellazioni, 180 – 41126 Modena (MO)

ORARI: dal LUNEDI' al VENERDI' 8,30 – 12,15 == MARTEDI' e GIOVEDI' 14,15 – 16,15

TELEFONO: 059-209988

FAX: 059-2918594

MAIL: collocamentodisabili@provincia.modena.it

• **Centro per l'Impiego di CARPI**

INDIRIZZO: Via Lenin, 135 – 41012 Carpi (MO)

ORARI: dal LUNEDI' al VENERDI' 8,30 - 12,30 == MARTEDI' e GIOVEDI' 14,15 - 16,15

TELEFONO: 059-645631

FAX: 059-645550

MAIL: centroimpiego.carpi@provincia.modena.it

• **Centro per l'Impiego di MIRANDOLA**

INDIRIZZO: Via San Martino Carano, 44/46 – 41037 Mirandola (MO)

ORARI: dal LUNEDI' al VENERDI' 8,30 – 12,30 == MARTEDI' e GIOVEDI' 14,15 - 16,15

TELEFONO: 0535-614141/ 134

FAX: 0535-614129

MAIL: centroimpiego.mirandola@provincia.modena.it

• **Centro per l'Impiego di SASSUOLO**

INDIRIZZO: Viale 20 Settembre, 30/A 30/B – 41049 Sassuolo (MO)

ORARI: dal LUNEDI' al VENERDI' 8,30 – 12,30 == MARTEDI' e GIOVEDI' 14,15 - 16,15

TELEFONO: 0536-883318

FAX: 0536-881126

MAIL: centroimpiego.sassuolo@provincia.modena.it

• **Centro per l'Impiego di VIGNOLA**

INDIRIZZO: Via Montanara, 696 – 41058 Vignola (MO)

ORARI: dal LUNEDI' al VENERDI' 8,30 – 12,30 == MARTEDI' e GIOVEDI' 14,15 - 16,15

TELEFONO: 059-771265/ 762688

FAX: 059-776912

MAIL: centroimpiego.vignola@provincia.modena.it

• **Centro per l'Impiego di PAVULLO**

INDIRIZZO: Via del Mercato, 30/32 – 41026 Pavullo nel Frignano (MO)

ORARI: dal LUNEDI' al VENERDI' 8,30 – 12,30 == MARTEDI' e GIOVEDI' 14,15 - 16,15

TELEFONO: 0536-20240

FAX: 0536-23143

MAIL: centroimpiego.pavullo@provincia.modena.it