



DIREZIONE LAVORO
COLLOCAMENTO MIRATO LEGGE 68/99

INTERVENTI PER LA TRASFORMAZIONE DEL POSTO DI LAVORO E/O PER LA RIMOZIONE DI BARRIERE ARCHITETTONICHE

SEZIONE 1 – DATI GENERALI

Impresa / Ente _____ con sede legale nel Comune di _____ Cap _____ (Prov. _____) Via _____ Tel. _____ Fax _____ Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____ Esercente attività di _____ nel settore _____ Con unità locale nella Provincia di Firenze, nel Comune di _____ Via _____ Tel. _____ Fax _____ CCNL Applicato _____
--

LAVORATORI DISABILI CHE BENEFICIANO DELL'INTERVENTO DI TRASFORMAZIONE DEL POSTO DI LAVORO/RIMOZIONE DI BARRIERE ARCHITETTONICHE N. _____

 **DI CUI GIA' INSERITI IN AZIENDA CON LE SEGUENTI MODALITA':**

- con contratto di lavoro a tempo indeterminato full time: n. _____
(data assunzione _____)
- con contratto di lavoro a tempo indeterminato part time _____ ore settimanali: n. _____
(data assunzione _____)
- con contratto di lavoro a tempo determinato (*) full time: n. _____
(data assunzione _____)
- con contratto di lavoro a tempo determinato (*) part time _____ ore settimanali: n. _____
(data assunzione _____)

 DI CUI DA INSERIRE IN AZIENDA SUCCESSIVAMENTE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO CON LE SEGUENTI MODALITA'

- con contratto di lavoro a tempo indeterminato full time: n. _____
- con contratto di lavoro a tempo indeterminato part time _____ ore settimanali: n. _____
- con contratto di lavoro a tempo determinato (*) full time: n. _____
- con contratto di lavoro a tempo determinato (*) part time _____ ore settimanali: n. _____

(*) In questo caso il datore di lavoro si impegna a trasformare l'assunzione in contratto a tempo indeterminato, salvo cause a lui non imputabili oggettivamente dimostrabili

SEZIONE 2 – DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

INTERVENTO DI TRASFORMAZIONE DEL POSTO DI LAVORO

- GIA' REALIZZATO
- PARZIALMENTE REALIZZATO
- DA REALIZZARE

INTERVENTO DI ABBATTIMENTO BARRIERE ARCHITETTONICHE

- GIA' REALIZZATO
- PARZIALMENTE REALIZZATO
- DA REALIZZARE

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO (DESCRIVERE IN DETTAGLIO IL TIPO DI ADATTAMENTO EFFETTUATO/DA EFFETTUARE, IN FUNZIONE DELLE SPECIFICHE ESIGENZE DI CIASCUN DISABILE)

TEMPO DI ESECUZIONE DELL'INTERVENTO: DAL _____ AL _____

COSTO DELL'INTERVENTO € _____

Di cui per (specificare) _____ € _____

DA COMPILARE NEL CASO DI INTERVENTI GIÀ REALIZZATI:
LA SPESA DI CUI SOPRA RISULTA DAI SEGUENTI DOCUMENTI QUIETANZATI:

1) FATTURA/NOTULA N. _____ DEL _____ RELATIVA A _____

PER UN IMPORTO DI € _____ ;

2) FATTURA/NOTULA N. _____ DEL _____ RELATIVA A _____

PER UN IMPORTO DI € _____ ;

3) FATTURA/NOTULA N. _____ DEL _____ RELATIVA A _____

PER UN IMPORTO DI € _____ ;

4) FATTURA/NOTULA N. _____ DEL _____ RELATIVA A _____

PER UN IMPORTO DI € _____ ;

5) FATTURA/NOTULA N. _____ DEL _____ RELATIVA A _____

PER UN IMPORTO DI € _____ ;

6) FATTURA/NOTULA N. _____ DEL _____ RELATIVA A _____

PER UN IMPORTO DI € _____ ;

7) FATTURA/NOTULA N. _____ DEL _____ RELATIVA A _____

PER UN IMPORTO DI € _____ ;

Data _____

Firma del legale rappresentante
(fotocopia documento d'identità allegata)