

RICHIESTA DI NULLAOSTA AI SENSI DELLA LEGGE 68/99

Oggetto: Richiesta di nullaosta per assunzione nominativa

Data invio: _____

Ragione Sociale: _____

CF _____

Sede Legale:

Via/P.zza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____

Sede Operativa di riferimento:

Via/P.zza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____

Il/La sottoscritto/a _____ in nome e per

conto dell'azienda _____

esercente attività di _____

con sede legale in

Via/P.zza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____

Con nr. dipendenti alla data odierna (riferito al territorio nazionale): _____

Chiede il rilascio del nullaosta per il/la Sig./Sig.ra:

Codice fiscale _____

Cognome _____

Nome _____

Cittadinanza _____ Nato/a il _____ a _____

Residente in

Via/P.zza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Titolo di studio _____

Qualifica _____

Mansione _____

Livello di inquadramento _____

CCNL di riferimento _____

Tipologia di rapporto _____ Tipologia di orario _____

Data inizio _____ Data fine _____

Numero ore contratto _____ Numero ore settimanali _____

Note aggiuntive alla richiesta

Per svolgere l'attività lavorativa presso la sede di:

Via/P.zza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Categoria di appartenenza: _____

Che la richiesta è nominativa poiché trattasi:

Convenzione: si no

Se sì indicare:

Numero protocollo _____ Data stipula _____

Tipologia convenzione: _____

Codice Fiscale Committente _____

(obbligatorio in caso di convenzione art.14)

Ragione sociale Committente _____

Provincia sede legale _____

Sede di Lavoro

Via/P.zza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____

Per qualsiasi ulteriore chiarimento che si rendesse necessario si prega di far riferimento

al/alla Sig./Sig.ra: _____

Telefono _____ E-mail _____

N.B. Si può procedere all'assunzione della persona con disabilità solo dopo il rilascio del nullaosta da parte dell'ufficio competente.