

ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI RINNOVO ESONERO

PROT. SINTESI N. del

Spett.le PROVINCIA DI VARESE
Area Sviluppo e Sicurezza
Collocamento Mirato Disabili
Via Daverio, 10 – 21100 Varese
PEC: istituzionale@pec.provincia.va.it

Il/La sottoscritto/a

in nome e per conto dell'azienda

con sede legale in

e sede operativa in

codice fiscale partita Iva tel.

codice ateco

fascia di appartenenza: da 36 a 50 dipendenti più di 50 dipendenti

CCNL applicato giornata Santo Patrono

articolazione dell'orario di lavoro settimanale di lavoro: 5 giorni 6 giorni

DICHIARA

che, rispetto alla precedente autorizzazione concessa *con determinazione dirigenziale n.* del , non sono intervenute variazioni delle caratteristiche dell'attività svolta nell'unità produttiva operante in ambito provinciale e che pertanto sussistono le medesime difficoltà ad effettuare inserimenti mirati.

Dichiara inoltre:

- 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, legge 68/99;
- di impegnarsi a pagare il contributo esonerativo, anche in caso di rigetto dell'istanza, 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 prestare il consenso ed essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

li

Il Dichiarante

(Documento firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente)