

Allegato L

## RICHIESTA RICONOSCIMENTO DEI RISULTATI OCCUPAZIONALI <sup>1</sup>

**Interventi di assistenza per le transizioni scuola lavoro di studenti con disabilità  
D.G.R. 1359 del 02/11/2022**

Spett. **Veneto Lavoro**  
U.O. 8 Coordinamento e gestione rete  
pubblica dei servizi per il lavoro  
Via Ca' Marcello, 67/b – 30172 Venezia  
[protocollo@pec.venetolavoro.it](mailto:protocollo@pec.venetolavoro.it)

**Oggetto: Richiesta riconoscimento del risultato occupazionale**

**ID Progetto**  **CUP F11D22000230002**

**Approvato con D.D. di Veneto Lavoro n.**  **del** / /

**Scuola partner del progetto:**

Il/La sottoscritto/a  nato/a a   
 il  e residente a   
 domiciliato/a presso  nella  
qualità di legale rappresentante<sup>2</sup> dell'ente  con sede legale in  
 cap.  via   
 CF

### CHIEDE

1. il riconoscimento del contributo previsto dall'art. 11 dell'Allegato A al Decreto Direttoriale di Veneto Lavoro n. 34 del 14 aprile 2023, in esito ai risultati occupazionali conseguiti nell'ambito del progetto;
2. che l'importo venga accreditato sull'IBAN indicato nella Scheda tracciabilità flussi finanziari allegata alla presente domanda.

<sup>1</sup> Il modulo va compilato per tutti gli studenti coinvolti nel progetto, che abbiano conseguito un risultato occupazionale secondo i criteri definiti all'art. 11 dell'Allegato A al Decreto Direttoriale di Veneto Lavoro n. 34 del 14 aprile 2023.

<sup>2</sup> Se persona diversa dal legale rappresentante allegare atto di procura, in originale o copia conforme.

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole che in caso di dichiarazione mendace o non conforme al vero incorrerà nelle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo decreto

## DICHIARA

1. che i risultati occupazionali conseguiti possiedono le seguenti caratteristiche (*replicare i campi se necessario*):

### Risultato occupazionale n. 1

- nome e cognome \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- dati del rapporto di lavoro:
  - ragione sociale del datore di lavoro \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
  - CO di assunzione: \_\_\_\_\_ tipologia contrattuale e durata (se a termine): \_\_\_\_\_ ;
  - Si prega di indicare se (*campo obbligatorio da contrassegnare*):
    - è la medesima azienda presso la quale si è svolto il PCTO/ASL;
    - non è la medesima azienda presso la quale si è svolto il PCTO/ASL
  - l'impegno orario del rapporto di lavoro è full-time;
  - il partecipante ha superato il periodo di prova;
    - Dichiaro, altresì, che l'assunzione è avvenuta oltre i termini previsti a causa del protrarsi delle procedure per l'iscrizione all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99 dello studente per il quale si chiede l'importo (*campo facoltativo da contrassegnare solo se pertinente*). Se si è selezionata questa voce si dichiara altresì:
      - che l'assunzione è avvenuta entro il 30° giorno dalla data di iscrizione dello studente all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99;
      - che le istanze di accertamento necessarie ai fini dell'iscrizione all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99 sono state avanzate all'INPS entro 60 giorni dal conseguimento del titolo/attestato di frequenza.

### Risultato occupazionale n. 2

- nome e cognome \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- dati del rapporto di lavoro:
  - ragione sociale del datore di lavoro \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
  - CO di assunzione: \_\_\_\_\_ tipologia contrattuale e durata (se a termine): \_\_\_\_\_ ;
  - Si prega di indicare se (*campo obbligatorio da contrassegnare*):
    - è la medesima azienda presso la quale si è svolto il PCTO/ASL;
    - non è la medesima azienda presso la quale si è svolto il PCTO/ASL
  - l'impegno orario del rapporto di lavoro è full-time;

- il partecipante ha superato il periodo di prova;
  - Dichiaro, altresì, che l'assunzione è avvenuta oltre i termini previsti a causa del protrarsi delle procedure per l'iscrizione all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99 dello studente per il quale si chiede l'importo (*campo facoltativo da contrassegnare solo se pertinente*). Se si è selezionata questa voce si dichiara altresì:
- che l'assunzione è avvenuta entro il 30° giorno dalla data di iscrizione dello studente all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99;
- che le istanze di accertamento necessarie ai fini dell'iscrizione all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99 sono state avanzate all'INPS entro 60 giorni dal conseguimento del titolo/attestato di frequenza.

### Risultato occupazionale n. 3

- nome e cognome \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- dati del rapporto di lavoro:
  - ragione sociale del datore di lavoro \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
  - CO di assunzione: \_\_\_\_\_ tipologia contrattuale e durata (se a termine): \_\_\_\_\_;
  - Si prega di indicare se (*campo obbligatorio da contrassegnare*):
    - è la medesima azienda presso la quale si è svolto il PCTO/ASL;
    - non è la medesima azienda presso la quale si è svolto il PCTO/ASL
  - l'impegno orario del rapporto di lavoro è full-time;
  - il partecipante ha superato il periodo di prova;
    - Dichiaro, altresì, che l'assunzione è avvenuta oltre i termini previsti a causa del protrarsi delle procedure per l'iscrizione all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99 dello studente per il quale si chiede l'importo (*campo facoltativo da contrassegnare solo se pertinente*). Se si è selezionata questa voce si dichiara altresì:
  - che l'assunzione è avvenuta entro il 30° giorno dalla data di iscrizione dello studente all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99;
  - che le istanze di accertamento necessarie ai fini dell'iscrizione all'elenco dei lavoratori disabili ex L. 68/99 sono state avanzate all'INPS entro 60 giorni dal conseguimento del titolo/attestato di frequenza.

2. di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla "Informativa generale privacy", sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R.<sup>3</sup>.

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> L'Informativa generale privacy è pubblicata nella sezione "Privacy" del sito <https://www.cliclavoroveneto.it/privacy-bandi-frd>.

Qualora la sottoscrizione non sia effettuata con firma digitale, va allegata la scansione, in formato .pdf, del documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.