

**MODULO DA UTILIZZARE QUANDO L'AZIENDA È GIÀ IN POSSESSO DEL PROVVEDIMENTO DI  
AMMISSIONE AI TRATTAMENTI di cui all'art. 3.5 L. 68/99**

Spett.le Ufficio Collocamento Mirato  
Provincia di Brescia

Oggetto: Comunicazione sospensione degli obblighi ai sensi art. 4.1 DPR 10/10/2000 n. 333

Il/La sottoscritto/a	
Legale rappresentante dell'Azienda	
Con sede legale in	
email	
telefono	
C.F.	
Con unità produttive ubicate nelle province di:	

**comunica**

ai fini della fruizione della sospensione degli obblighi di assunzione di cui all'art. 3.5 L. 12/03/99 n. 68, di usufruire del seguente trattamento (selezionare e compilare l'ipotesi ricorrente):

<b>C.I.G.S.</b>	
Estremi provvedimento	n. _____ del _____ rilasciato da _____
Durata trattamento (indicare il periodo)	dal _____ al _____
Durata programma art. 1 L. 223/91	dal _____ al _____
Durata procedure art. 3 L. 223/91	dal _____ al _____
Data accordo sindacale	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più Province interessate)

<b>C.I.G. in deroga</b>	
Estremi provvedimento	n. _____ del _____ rilasciato da _____
Durata trattamento (indicare il periodo)	dal _____ al _____
Durata programma	dal _____ al _____
Data accordo sindacale	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più Province interessate)

<b>Contratto di solidarietà</b>	
Estremi provvedimento Durata trattamento (indicare il periodo)	n. _____ del _____ rilasciato da _____ dal _____ al _____
Data accordo sindacale	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più Province interessate)

<b>Fondo di solidarietà di settore</b>	
Data accordo sindacale	
Data avvio procedura	
Data fine procedura	
Durata procedura (n. mesi)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	
<b>Provincia interessata</b>	
Attività lavorativa ridotta o sospesa sul totale delle attività presenti (%)	

(ripetere nel caso di più Province interessate)

<b>Mobilità</b>	
Data accordo sindacale	
Data avvio procedura	
Data fine procedura	
Durata procedura (n. mesi)	
Numero licenziamenti	
Data ultimo licenziamento (se già effettuato)	

<b>Mobilità in deroga</b>	
Data accordo accordo sindacale	
Data avvio procedura	
Data fine procedura	
Durata procedura (n. mesi)	
Numero licenziamenti	
Data ultimo licenziamento (se già effettuato)	

## Dichiara

Consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, che quanto sopra corrisponde al vero.

Di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 recante l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. La stessa è disponibile al link: <https://lavoro.provincia.brescia.it/> alla voce Informativa Privacy.

Allega:

- per fondo di solidarietà, mobilità e mobilità in deroga: copia verbale di accordo

Data \_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

\_\_\_\_\_