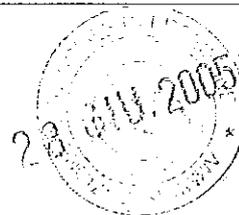


Al Centro per l'impiego FROSINONEOGGETTO: comunicazione di assunzione effettuata in data 27/06/2005

Datore di lavoro: <u>SYCOM S.R.L.</u>	
CF o P.IVA <u>02396620607</u>	
Sede in <u>CECCANO FR</u>	Via <u>VIA MARANO IV TRAVERSA</u> n° <u>2</u> CAP <u>03023</u>
Tel. / Fax / E-mail	
Codice Istat (Ateco) <u>31202</u>	Tipo attività <u>Inst., manut. e ripar. app. elettr</u>
Luogo di svolgimento del lavoro <u>CECCANO VIA MARANO IV TRAVERSA 2 03023</u>	
<i>Res. Nat. 91007962/66</i> <i>Res. Nat. 180012001 in Cass</i>	
Lavoratore: Cognome <u>CIANGOLA</u>	Nome <u>GIOVANNI</u>
Cittadinanza <u>Italia</u> sesso <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CF <u>CNGGNN68L22A123L</u>
Nato a <u>ALATRI</u>	il <u>22/07/1968</u> Titolo di studio
Residente a <u>CECCANO</u>	Via <u>VIA CELLETTA II TR</u> N° <u>38</u>
Iscritto nel libro di matricola al n° <u>000001</u>	
Lavoratore iscritto lista mobilità dal	
Computabilità ai fini della riserva a favore delle fasce deboli (art. 25 L. 223/91 e successive modificazioni) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Motivi	
Tipologia contrattuale <u>L 907/90 art 8 comma 1</u>	
Tempo indeterminato <input checked="" type="checkbox"/>	
Tempo determinato * <input type="checkbox"/> Mesi _____ Giorni _____ Fino al _____	
Apprendistato <input type="checkbox"/> Contratto Formazione Lavoro <input type="checkbox"/>	
Tempo parziale <input type="checkbox"/> Orario medio settimanale ² <u>40,00</u> Lavoro a domicilio ¹ <input type="checkbox"/>	
CCNL applicato <u>INDUSTRIA METALMECCANIC</u> Ovvero trattamento economico convenuto ³ <input type="checkbox"/>	
Qualifica assunzione <u>Impiegato</u> Mansioni <u>IMPIEGATO TECNICO</u>	
Livello <u>LIVELLO 005</u>	
Per la richiesta di agevolazioni relative all'assunzione compilare, tranne che per i contratti di apprendistato e di formazione lavoro, il modello C/ASS - AG.	
(1) Riempire il relativo quadro sul retro. (2) L'orario medio settimanale si ottiene dividendo l'orario annuale per 52. (3) La casella va barrata solo se il datore di lavoro non applica il CCNL prevalente. In tal caso va compilato il quadro D sul retro, salvo che l'assunzione riguardi un dirigente.	
*Ad eccezione dei casi previsti dall'art. 3 D.L.vo 368/2001.	



A Apprendistato

Autorizzazione Direzione Prov. del lavoro di del
Visita medica del durata del rapporto

Cognome e nome del TUTORE C.F.
Titolare SI NO Esperienza anni / mesi Livello inquadramento Qualifica

B Contratto di formazione e lavoro

Tipo a1 (professionalità intermedie) durata mesi
 Tipo a2 (professionalità elevate) durata mesi
 Tipo b (inserimento professionale) durata mesi

Qualifica e livello di inquadramento: iniziale Finale
Autorizzazione Ministeriale del Lavoro n° del
Autorizzazione Commissione Provinciale Politiche del lavoro n° del
Dichiarazione di conformità ad accordi collettivi n° del

SI DICHIARA CHE:

Che nei 24 mesi precedenti sono stati trasformati a tempo indeterminato non meno del 60% dei C.F.L. venuti a scadenza nel medesimo periodo e nel rispetto delle circolari del Ministero del Lavoro del 15/02/2000
 Si dichiara altresì che non vi sono sospensioni del lavoro in atto, nè, nei 12 mesi precedenti, sono avvenute riduzioni di personale con la medesima qualifica.

C Lavoro a domicilio

Iscrizione registro committenti n° del
Tipo di lavorazione Tariffa applicata

D Trattamento economico e normativo convenuto

Retribuzione mensile orario di lavoro settimanale 40,00
Ferie retribuite giorni n° preavviso di licenziamento MM/GG

Per tutto quanto contenuto nel presente modello, SI DICHIARA, non esservi stati, entro l'anno precedente, dipendenti della stessa qualifica licenziati, per riduzione di personale.

Allegati

Attestato di disoccupazione Copia permesso soggiorno Certif. visita medica apprendista
 Dichiarazione lavoratore ai sensi art.25 c.5 lett. A Legge 23/91 Altro

data 28/06/2005

Timbro e firma del Rappresentante dell'Azienda


Alla sezione circoscrizionale per l'impiego (SCI) di FROSINONE
 Notizie integrative per beneficiare delle agevolazioni previste dalla vigente normativa

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Ad integrazione della comunicazione del 27/06/2005 relativa all'assunzione del Sig.
CIANGOLA GIOVANNI C.F. CNGGNN68L22A123L al fine di

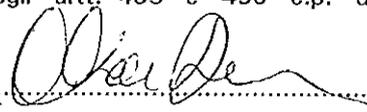
ottenere la concessione delle agevolazioni previste dalle norme vigenti e si comunica che
 l'assunzione medesima rientra tra quelle di cui alla lettera D del quadro 1
 Al riguardo si allega la documentazione di cui al punto n. del quadro 2.

Si dichiara, altresì, che tale assunzione non è effettuata in sostituzione di lavoratori dipendenti:
 (Barrare solo nel caso in cui la concessione dei benefici è subordinata alla sussistenza delle
 predette condizioni).

- sospesi in CIGS
- licenziati negli ultimi 12 mesi per la riduzione di personale
- licenziati negli ultimi 12 mesi per qualsiasi causa (Lg. 29.12.1990, n.407)

Il sottoscritto, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o
 presenta false documentazioni è punito a termine degli artt. 495 e 496 c.p. dichiara che
 quanto sopra corrisponde a verità.

data 28/06/2005

timbro e firma 

- 1.
- A. Lavoratore iscritto nelle liste di mobilità della regione (1)
- B. Lavoratore che proviene da azienda in cigs da almeno 6 mesi e che presso di essa ha goduto del
 trattamento per almeno tre mesi anche non continuativi (2).
- C. Lavoratore sospeso in cigs da oltre 24 mesi (3).
- D. Lavoratore iscritto nella prima classe delle liste di collocamento da oltre 24 mesi (4).
- E. Lavoratore in possesso di diploma di Istituto Professionale di Stato o attestato di qualifica
 regionale (5).
- F. Lavoratori avvantaggiati assunti da cooperative sociali (6).
- G. Altre ipotesi (citare il riferimento legislativo)

2. documenti allegati

1. Dichiarazione del lavoratore attestante la sussistenza degli elementi di cui alla lettera B,
 secondo le norme dell'autocertificazione (Lg. n. 15/1968).
2. Copia autentica o documentazione equipollente attestante il possesso del diploma di qualifica
 conseguito presso un istituto professionale statale, ovvero dell'attestato di qualifica di formazione
 professionale.
3. Altro (documentazione relativa al caso della lettera F ovvero dichiarazioni di autocertificazione
 equipollente).

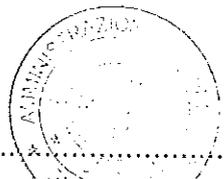
Spazio riservato alla sezione circoscrizionale

Si attesta, per quanto risulta agli atti di questa sezione, la sussistenza degli elementi
 indicati nel quadro 1 lettere: A C D
 e la consegna dei documenti di cui al quadro 1 lettere: B E F

il responsabile della sezione

IL RESPONSABILE
 (Sig. CIANGOLA Giovanni)

data 28/06/2005

timbro e firma 

note: (1) art.8, co. 2 e 4, art.25, co. 9 L. n. 223/1991.(2) art.4, co. 3, L. n. 236/1993.(3) art.8, co. 9
 L. n. 407/1990. (4) art.8, co. 9, L. n. 407/1990. (5) art.2, L. n. 56/1987. (6) art. 4, L. n. 381/1991.

