**REGIONE ABRUZZO**

**SERVIZIO COLLOCAMENTO MIRATO**

ambito territoriale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: [l68. @regione.abruzzo.it](mailto:l68.chieti@regione.abruzzo.it)

**SCHEDA DEFINIZIONE POSTAZIONE AZIENDALE**

AZIENDA…………………………………………………………………………………………………….

**Sede unità operativa nella quale si intende avviare l’inserimento:**

Indirizzo ………………………………...................................................................................................

Comune ……………………………………………………………………………………………………….

Telefono ……………………………………. E-mail .…………………..................................................

PEC …………………………………………. Settore di attività ............................................................

Tipo di attività in dettaglio ……………………………………………………………………………………

Reparto ……………………………………………………………………………………………….............

Referente per l’inserimento di persone disabili ……………………………………………………………

Telefono ……………………………………. E-mail ………………………………………………………...

**QUALIFICA DI INQUADRAMENTO DELLA PERSONA DA INSERIRE (ISTAT CP2011)**

…………….……………………………………………………………………………………………………

**LA MANSIONE PREVEDE LO SVOLGIMENTO DEI SEGUENTI COMPITI:**

1. ……………………………………………………………………………………………………………...
2. ……………………………………………………………………………………………………………...
3. ……………………………………………………………………………………………………………...
4. ……………………………………………………………………………………………………………...

**TIPOLOGIA CONTRATTUALE PROPOSTA:**

❑ TEMPO DETERMINATO (indicare la durata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ T. INDETERMINATO

**Tempo previsto per assunzione** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTICOLARI REQUISITI CHE LA PERSONA DA INSERIRE DEVE POSSEDERE:**

Necessità della patente di guida per lo svolgimento della mansione?  SI  NO

Conoscenza del personal computer?  SI  NO Conoscenza di lingue?  SI Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NO

Titolo di Studio: ......................……………………………………………………………………………

Altro: ...……………………………………………………………………………………………………

**SONO PREVISTI I SEGUENTI ORARI DI LAVORO PROPONIBILI ALLA PERSONA DISABILE**

* monte ore settimanale complessivo n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* tempo pieno  SI  NO dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* tempo parziale  SI  NO dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* turni diurni  SI  NO dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **turni notturni**  SI  NO dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Esiste la possibilità di flessibilità nell’orario di entrata e/o uscita?  SI  NO

**SEDE DI LAVORO**

|  |
| --- |
| Il lavoro si svolge presso:  sede aziendale  cliente/i specificare il comune/i ………………….............  più sedi aziendali specificare il comune/i …………………..............  Disponibilità auto aziendale per spostamenti  SI  NO |

**ACCESSIBILITA’**

|  |
| --- |
| Per raggiungere l’azienda si può utilizzare:  Mezzo proprio  Mezzo pubblico (specificare la distanza dalla fermata) Km.......................... |
| Per raggiungere la postazione di lavoro si può utilizzare:  Ascensore  Scivoli  Scale  Pianterreno |
| Per raggiungere i bagni si può utilizzare:  Ascensore  Scivoli  Scale  Pianterreno |
| In azienda è presente il servizio mensa?  SI’  NO È raggiungibile con:  Ascensore  Scivoli  Scale  In piano |

**CARATTERISTICHE DELLA POSTAZIONE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| In posizione seduta |  |  |  |  |
| In piedi |  |  |  |  |
| Alternando postura eretta e non |  |  |  |  |
| In postazioni singole ............................................. |  |  |  |  |
| A piccoli gruppi ...................................................... |  |  |  |  |

In presenza disostanze **particolari, sostanze chimiche tossiche, irritanti respiratori o altre** situazioni a rischio **(oggetti taglienti, pavimenti scivolosi…) specificare quali** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il lavoro si svolge:** | | | Mai | | Raramente | Spesso | | Sempre | | |
| All’aperto | | |  | |  |  | |  | | |
| In luoghi con bassa temperatura (…….…°) .......................... | | |  | |  |  | |  | | |
| In luoghi con alta temperatura (……….…°) ............................. | | |  | |  |  | |  | | |
| Con esposizione a sbalzi termici | | |  | |  |  | |  | | |
| In presenza di polveri | | |  | |  |  | |  | | |
| In presenza di rumori | | |  | |  |  | |  | | |
| In presenza di campi elettromagnetici con valori superiori ai limiti di legge | | |  | |  |  | |  | | |
| In presenza di vibrazioni | | |  | |  |  | |  | | |
| In vicinanza di veicoli in movimento e carichi sospesi | | |  | |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
| **Il lavoro prevede:** | | | Mai | | Raramente | Spesso | | Sempre | | |
| Elevato impegno visivo | | |  | |  |  | |  | | |
| Guida di veicoli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | |  |  | |  | | |
| Impiego di macchine o attrezzi con organi in movimento | | |  | |  |  | |  | | |
| Movimentazione manuale dei carichi | | |  | |  |  | |  | | |
| Sollevamento pesi (Max Kg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ............................. | | |  | |  |  | |  | | |
| Lavori in altezza | | |  | |  |  | |  | | |
| Utilizzo scale da lavoro | | |  | |  |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il lavoro:** | Mai | Raramente | Spesso | Sempre |
| Si svolge a contatto col pubblico |  |  |  |  |
| Si svolge in luoghi affollati |  |  |  |  |
| Richiede grado di autonomia |  |  |  |  |
| E’ supervisionato da colleghi o superiori |  |  |  |  |
| Prevede compiti di responsabilità |  |  |  |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE**

**L’AZIENDA RICHIEDE UN ELENCO DI LAVORATORI PER LA CATEGORIA:**

disabili altro (orfani ed equiparati ai sensi dell’art.18 della L. 68/99)

L’azienda autorizza ad esporre la presente richiesta presso **la bacheca dell’ufficio del Collocamento Mirato e i Centri per l’impiego territoriali** per consentire ai lavoratori di prenderne visione e di autocandidarsi?

SI NO

L’azienda autorizza a pubblicare la presente richiesta sul Portale Lavoro della Regione Abruzzo: <https://selfi.regione.abruzzo.it/> per consentire ai lavoratori la consultazione on line?

SI NO

In caso affermativo indicare le modalità con le quali si intendono ricevere le candidature dei lavoratori:

i candidati possono contattare direttamente l’Azienda per un appuntamento;

i candidati possono inviare i curricula direttamente all’Azienda;

i curricula dovranno essere trasmessi dalCentro per l’Impiego

Indicare le informazioni che si vogliono rendere pubbliche sul portale Lavoro per consentire ai lavoratori di presentare all'azienda la propria candidatura:

Ragione sociale azienda: SI NO

Nome referente aziendale: SI’ specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO

Indirizzo e-mail SI NO Contatti telefonici SI NO

**Si ricorda che la richiesta di elenchi di lavoratori NON costituisce adempimento degli obblighi di assunzione previsti dalla L.68/99. Qualora per le caratteristiche richieste dall’azienda non sia possibile reperire lavoratori disabili disponibili all’interno della banca dati, l’ufficio si riserva di segnalare lavoratori in possesso di caratteristiche simili.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_