

Al Coordinatore
Commissione Pari Opportunità
dell'Ordine dei Consulenti del
Lavoro di Roma

e.p.c. Al Consiglio Provinciale
dell'Ordine dei Consulenti del
Lavoro di Roma

Oggetto: *“Progetto WEL.CO.M.E.”* **Richiesta di Consulente del lavoro disponibile all'affiancamento/sostituzione temporanea** di Consulente del Lavoro in momentanea difficoltà.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Pr. _____
il _____ e residente in _____ Via _____
n. ___, con domicilio professionale in _____ Pr. _____
Via _____ n. ___, telefono Studio _____ Fax _____
Codice Fiscale _____, partita IVA _____,
e.mail _____, pec _____
iscritto all'Ordine Provinciale dei Consulenti del Lavoro della provincia di _____
al numero _____

DICHIARA

- di aver preso visione del Regolamento *“Progetto WEL.CO.M.E.”* approvato dal Consiglio Nazionale con delibera n. 537 del 28/07/2017, recepito dal Consiglio Provinciale di Roma e di condividerne propositi e finalità;
- di accettarlo e attuarlo integralmente;
- di aver preso visione dell'articolo 16 del Codice Deontologico approvato dal Consiglio Nazionale dei Consulenti del Lavoro con delibera n. 428 del 19/01/2017;
- di non aver in atto provvedimenti di sospensione dall'esercizio della professione o altri procedimenti disciplinari in corso;
- di essere in regola con la Formazione Continua Obbligatoria;
- di trovarsi nella condizione di non poter svolgere temporaneamente la professione per uno o più motivi indicati nell'art. 3, del Regolamento *“Progetto WEL.CO.M.E.”*.

CHIEDE

di essere affiancato/sostituito temporaneamente per carichi di lavoro che richiedono esecuzioni nelle seguenti materie: *(barrare la casella)*

- ☐ consulenza, assistenza e adempimenti in materia di diritto del lavoro, di diritto e applicazioni della previdenza e assistenza sociale, di diritto sindacale, elaborazione

prospetti di paga con relativo invio delle denunce previdenziali ed assicurative e quant'altro rientri nell'attività della consulenza del lavoro;

- ☐ consulenza ed assistenza in materia fiscale e tributaria, redazione di contabilità aziendale, bilanci, dichiarazioni fiscali, contenzioso tributario, etc.;

ed in particolare:

- ☐ consulenza e assistenza nella costituzione e nello svolgimento dei rapporti di lavoro subordinato, parasubordinato, autonomo e c.dd. speciali;
 - ☐ consulenza e assistenza in merito all'estinzione del rapporto di lavoro: licenziamenti individuali singoli e plurimi;
 - ☐ consulenza ed assistenza nei procedimenti e sanzioni disciplinari;
 - ☐ certificazioni ASSE.CO.;
 - ☐ politiche attive del lavoro;
 - ☐ redazione a trasmissione delle dichiarazioni fiscali e tributarie;
 - ☐ redazione e contabilità aziendale, certificazione contabile (visto pesante) ed asseverazioni contabili, etc.;
 - ☐ redazione e trasmissione delle dichiarazioni relative alle assunzioni, cessazioni, proroghe;
 - ☐ altro (*descrivere*) _____
- _____
- _____

e per i seguenti periodi temporali (*descrivere ad esempio se richiede disponibilità la mattina o il pomeriggio, il n. delle settimane, il n. dei mesi*) _____

Il/la sottoscritto/a **dichiara** altresì che le cause dello **stato di necessità** che originano la richiesta di poter essere affiancato/sostituito temporaneamente, sono, tra quelle indicate tassativamente nell'art. 3 del Regolamento, di seguito evidenziate: (*barrare la casella*)

- ☐ malattia;
- ☐ maternità;
- ☐ sostegno alla genitorialità;
- ☐ assistenza continua alle persone di cui alla L. 104/1992;
- ☐ documentati casi di temporaneo impedimento e/o forza maggiore (come ad esempio, l'assistenza continua per malattia ad un familiare, etc.);
- ☐ di pratiche straordinarie che necessitano di preparazione altamente specializzata e settoriale;
- ☐ affiancamento propedeutico al passaggio generazionale;
- ☐ per carichi di lavoro non preventivati.

Il/la sottoscritto/a allega/allegnerà documentazione a supporto della richiesta per facilitare le valutazioni della Commissione.

Il/la sottoscritto/a fornisce, altresì, il consenso al trattamento dei dati personali, così come previsto dal D.Lgs n. 196/2003.

Allegati alla presente:

- Documentazione inerente Dichiarazione stato di necessità;
- copia Documento Unico di Identificazione (DUI);

li _____

Nome e Cognome del Professionista