

Spett.le
**AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO
DELL'EMILIA-ROMAGNA**
UFFICIO COLLOCAMENTO MIRATO
AMBITO TERRITORIALE DI FORLÍ-CESENA

PEC: arlavoro.FCmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it

Oggetto: L. 68/99 – art. 4, co. 4. Richiesta di inserimento nell'aliquota d'obbligo di lavoratore divenuto disabile in costanza di rapporto di lavoro.

IL SOTTOSCRITTO _____ LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL'AZIENDA: _____
CON SEDE LEGALE IN _____ (____),
VIA _____ N. _____
CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____
INDIRIZZO PEC _____

chiede di poter computare nella percentuale dell'obbligo, ai sensi della L.68/99 art. 4, comma 4, e del D.P.R. 333 del 10 ottobre 2000, art. 3, commi 2 e 4, il/la seguente lavoratore/lavoratrice divenuto/a disabile in costanza di rapporto di lavoro:

Il Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
codice fiscale _____ e residente a _____ (____)
in Via _____
contattabile telefonicamente al numero _____ e all'indirizzo email

assunto/a in data ____/____/____ con la qualifica di _____
_____ ed attualmente in forza presso la sede aziendale di
_____ (____)
in Via _____
con il profilo di _____
a lui/lei attribuito dopo l'evento invalidante.

DOCUMENTI ALLEGATI:

1. copia del verbale di invalidità del/della lavoratore/lavoratrice, **SOTTOSCRITTO dalla persona per accettazione** (percentuale minima 60% se invalidità civile; 34% se invalidità del lavoro);
2. documento d'identità del/della lavoratore/lavoratrice in corso di validità;
3. documento d'identità del legale rappresentante in corso di validità;
4. scheda della postazione lavorativa attribuita a seguito dell'evento invalidante;
5. dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante in quanto datore di lavoro che la

disabilità non è stata provocata dalla mancata applicazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro e che l'attuale postazione di lavoro assegnata al/alla lavoratore/lavoratrice è stata adeguata alle sue necessità emerse a seguito dell'evento invalidante.

Persona da contattare per chiarimenti sul documento presentato:

Sig./Sig.ra _____

Tel: _____ E-mail: _____

Data _____

(firma del legale rappresentante)

**SCHEDA POSTAZIONE LAVORATIVA ATTRIBUITA AL LAVORATORE
DOPO L'EVENTO INVALIDANTE**

AZIENDA CHE RICHIEDE IL COMPUTO _____

Azienda assoggettata a controllo periodico ai sensi del D.Lgs. 81/2008: SÍ NO

LAVORATORE/LAVORATRICE DA COMPUTARE

QUALIFICA ATTRIBUITA AL/ALLA LAVORATORE/LAVORATRICE

MANSIONI SVOLTE DAL LAVORATORE **DOPO** L'EVENTO INVALIDANTE:

Il/La dipendente da computare lavora in ambiente:

polveroso rumoroso affollato caldo freddo

altro (specificare) _____

Modalità lavorative DOPO l'evento invalidante

Attività svolte:

da seduto/a in piedi alternando postura
 sollevamento pesi (Kg. _____) lavoro in quota (scale, ponteggi, etc.)
 contatto con il pubblico altro (specificare) _____

Strumenti utilizzati:

computer muletto transpallet macchine automatiche
 altro (specificare) _____

Orario di lavoro (DOPO l'evento invalidante):

tempo pieno: SÍ NO dalle _____ alle _____
tempo parziale: SÍ NO dalle _____ alle _____
turni diurni: SÍ NO dalle _____ alle _____
turni notturni: SÍ NO dalle _____ alle _____

Si comunica che l'orario settimanale previsto dal contratto aziendale di _____ ore settimanali

Esiste la possibilità di flessibilità nell'orario di entrata e/o uscita? SÍ NO

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto _____

legale rappresentante della ditta _____

Consapevole delle responsabilità delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazione e mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) e sotto la sua personale responsabilità, dichiara che:

la disabilità del/della lavoratore/lavoratrice per cui è stato richiesto il computo non è stata determinata da violazione delle norme in materia di sicurezza e di igiene del lavoro, accertata in sede giudiziale;

l'attuale postazione di lavoro assegnata al/alla lavoratore/lavoratrice è stata adeguata alle sue necessità emerse a seguito dell'evento invalidante.

Luogo e data _____

Firma _____