

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](mailto: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 \_\_\_\_\_