Carta intestata azienda Spett.le

AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO

Ufficio Collocamento Mirato

Ambito Territoriale di Ferrara

Pec [arlavoro.femirato@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:arlavoro.fe@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 \_\_\_

codice fiscale partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede legale a ( ) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 seguente lavoratore divenuto disabile in costanza di rapporto di lavoro

Sig. /Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a ( ) il codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a ( ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

contattabile telefonicamente al numero: 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.

A tal fine allega:

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) **e relativo documento identità;**
2. scheda della postazione lavorativa attribuita a seguito dell'evento invalidante;
3. propria dichiarazione sottoscritta 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.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del legale rappresentante)

Persona da contattare per chiarimenti sul documento presentato:

Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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. 81/08 SI NO

LAVORATORE DA COMPUTARE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA ATTRIBUITA AL LAVORATORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MANSIONI SVOLTE DAL LAVORATORE **dopo** L'EVENTO INVALIDANTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dipendente da computare lavora in ambiente:

polveroso rumoroso affollato caldo freddo

altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalità lavorative **DOPO** l'evento invalidante

Attività svolte da seduto 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 SI NO dalle ……… alle ………

tempo parziale SI NO dalle ……… alle ………

turni diurni SI NO dalle ……… alle ………

turni notturni SI NO dalle …........ alle …......

Si comunica che l'orario settimanale previsto dal contratto aziendale è di ….......ore

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

**DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* La disabilità del lavoratore per cui 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 lavoratore è stata adeguata alle sue necessità emerse a seguito dell’evento invalidante.

luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_