**AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO**

UFFICIO COLLOCAMENTO MIRATO

AMBITO TERRITORIALE DI PIACENZA

Borgo Faxhall – P.le Marconi

29121 PIACENZA

**tramite pec:** [**arlavoro.pcmirato@postacert.regione.emilia-romagna.it**](mailto:arlavoro.pc@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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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,*(percentuale minima 60% se invalidità civile; 34% se invalidità del lavoro)* con apposta la dicitura “copia conforme all'originale dell'ultimo verbale di invalidità”, corredata da firma del/della lavoratore/lavoratrice;
2. scheda della postazione lavorativa attribuita a seguito dell'evento invalidante compilata in ogni sua parte;
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;
4. copia del documento di identità del legale rappresentante firmatario in corso di validità,
5. copia del documento di identità del lavoratore in corso di validità.

Data………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma digitale 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. 81/2008: SI □ NO □

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

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

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 SI □ NO □ 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 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 sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità e sotto la sua personale responsabilità dichiara che:

** la disabilità del/della lavoratore/lavoratrice 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/alla lavoratore/lavoratrice è stata adeguata alle sue necessità emerse a seguito dell’evento invalidante**

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

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

(firma digitale del legale rappresentante)