*carta intestata azienda*

AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO

AMBITO TERRITORIALE DI REGGIO EMILIA  
 UFFICIO PER IL COLLOCAMENTO MIRATO

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

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante dell'azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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/lavoratrice divenuto/a disabile in costanza di rapporto di lavoro:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, contattabile telefonicamente al numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il cui indirizzo e-mail è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assunto/a in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e attualmente in forza presso la sede aziendale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ col profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a lui/lei attribuito dopo l'evento invalidante

a tal fine allega:

1. copia del verbale di invalidità del lavoratore/lavoratrice *(percentuale minima 60% se invalido/a civile; 34% se invalido/a del lavoro) autocertificato in maniera semplice come copia conforme all’originale scrivendo sulla copia del documento “copia conforme all’originale” con la firma del/della lavoratore/lavoratrice;*

2. scheda della postazione lavorativa attribuita a seguito dell'evento invalidante;

3. dichiarazione del 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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Visto, letto e sottoscritto.

F.to il rappresentante legale del datore di lavoro

(con firma digitale o, in alternativa, sottoscritto e inviato unitamente ad una copia del documento di identità)

**SCHEDA POSTAZIONE LAVORATIVA ATTRIBUITA AL LAVORATORE**

**DOPO L'EVENTO INVALIDANTE**

AZIENDA RICHIEDENTE IL COMPUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LAVORATORE/LAVORATRICE DA COMPUTARE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA ATTRIBUITA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MANSIONI SVOLTE 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 settimanale (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 CCNL adottato dall’azienda è di \_\_\_\_\_\_ ore

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

**Dichiarazione del/DELLA datore/DATRICE di lavoro**

(da compilare solo in caso di invalidità riconosciuta dall’INAIL)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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/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 adeguata alle sue necessità emerse a seguito dell’evento invalidante

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

Visto, letto e sottoscritto.

F.to il/la rappresentante legale del/della datore/datrice di lavoro

(con firma digitale o, in alternativa, sottoscritto e inviato unitamente ad una copia del documento di identità)