

SILD – Servizio Inserimento Lavoro Disabili  
**Ambito territoriale provincia di Frosinone**  
**Ambito territoriale provincia di Latina**  
(Specificare l'ambito territoriale di competenza)  
PEC: [sildlaziosud@pec.regione.lazio.it](mailto:sildlaziosud@pec.regione.lazio.it)

**Oggetto: Richiesta di computo ai sensi dell'art. 34 c. 3 D. Lgs. n. 81/2015 e ss. mm. ii.**  
Lavoratore con contratto di somministrazione.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante  
dell'azienda \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ / P.IVA \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il computo ai sensi dell'art 34, comma 3, D. Lgs. n. 81/2015 del lavoratore/lavoratrice

\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in forza presso la scrivente azienda utilizzatrice con  
contratto di somministrazione (*minimo 12 mesi*) presso la sede di \_\_\_\_\_  
Tempo:  Indeterminato  Determinato per mesi \_\_\_\_\_ oppure dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
con orario di lavoro  Pieno  Parziale: n° ore settimanali \_\_\_\_\_ su CCNL h/sett. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Che la Società di somministrazione è \_\_\_\_\_  
 Richiede altresì che il computo venga imputato in adempimento della Convenzione prot. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ stipulata con l'Ufficio \_\_\_\_\_ (indicare solo nel caso in cui l'azienda  
abbia in essere una convenzione).

**Ad ogni buon fine si allega:**

- copia del verbale di invalidità del lavoratore *oppure Sentenza + CTU*
- dichiarazione di consenso del lavoratore
- copia del contratto di somministrazione
- copia Mod. UNILAV/UNISOMM della società di somministrazione.

*Referente aziendale per la presente pratica:*

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Il/La sottoscritto/a in qualità di soggetto interessato, dichiara di aver preso visione dell'Informativa privacy per le Imprese che usufruiscono del servizio SILD pubblicata al seguente link <https://www.regione.lazio.it/cittadini/lavoro/privacy>*

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e firma\* Legale rappresentante

\_\_\_\_\_  
*\*Con l'apposizione della firma digitale non è più necessario inviare copia del documento d'identità*



**Dichiarazione del lavoratore**

Il/La sottoscritto /a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Dipendente dell'Azienda \_\_\_\_\_

Partita Iva: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

assunto/a il \_\_\_\_\_ con contratto \_\_\_\_\_

in servizio presso la sede operativa di \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili, ai sensi della vigente normativa, ai fini del computo per la copertura della quota d'obbligo, ex art. 3 Legge 68/99 e ss. mm. ii., nell'azienda presso cui è dipendente.

Allegati:

- documento di identità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_