



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 sottoscritto _____ nella qualità di legale rappresentante
dell'Azienda _____ P.IVA/CF _____
con sede legale in _____ Via _____
tel. _____ Mail _____ Pec _____

Consapevole di quanto disposto dall'art. 76, D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

CHIEDE

Il computo ai sensi dell'art. 34 c.3 D.Lgs. n°81/2015 del lavoratore/lavoratrice _____
CF _____ nato/a a _____ il _____ in forza presso la
presente azienda utilizzatrice con contratto di somministrazione (minimo 12 mesi) presso la sede di _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato mesi
oppure dal _____ al _____

Orario lavorativo: ☐ Tempo pieno ☐ Part-time h/sett su CCNL h/sett

DICHIARA

Che la Società di somministrazione è _____

☐ Richiede altresì che il computo venga imputato in adempimento alla Convenzione prot. _____
stipulata in data _____ con l'ufficio _____ .
(indicare solo nel caso in cui l'Azienda abbia in essere una convenzione)

Ad ogni buon fine si allega:

1. Copia del verbale di invalidità del lavoratore/lavoratrice oppure Sentenza +CTU
2. Dichiarazione di consenso del lavoratore/lavoratrice
3. Copia del contratto di somministrazione
4. 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