

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

Oggetto: Richiesta di computo ai sensi dell'art. 4 c. 3 bis - Legge 68/99 e ss. mm. ii.
(Lavoratore già disabile prima della costituzione del rapporto di lavoro)

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. 4 comma 3 bis** della Legge 68/99 e ss. mm. ii del/la lavoratore/lavoratrice:

_____ Codice Fiscale _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
assunto/a dalla scrivente azienda in data _____ presso la sede di _____
con qualifica professionale _____ C.C.N.L. di riferimento _____
con la seguente tipologia contrattuale:

Tempo:

Indeterminato Determinato per mesi _____ oppure fino al _____

Altre tipologie contrattuali (*specificare*) _____

con orario di lavoro Pieno Parziale: n° ore settimanali _____ su CCNL di h/sett. _____

Richiede, altresì, che il computo venga imputato ad adempimento della Convenzione prot. _____
del _____ stipulata con l'Ufficio _____

(indicare solo nel caso in cui l'azienda abbia in essere una convenzione).

Si dichiara, inoltre, che l'unità di personale disabile oggetto del presente computo non è stata acquisita per cambio appalto.

Ad ogni buon fine si allega:

- copia del verbale di invalidità civile del lavoratore/lavoratrice ($\geq 60\%$ oppure superiore al 45% in caso di disabilità intellettiva e psichica) oppure sentenza + CTU (riportante una percentuale di invalidità $\geq 60\%$) oppure verbale di invalidità INAIL attestante il riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 34% afferente al lavoratore/lavoratrice in questione;
- idoneità del lavoratore/lavoratrice con disabilità a continuare a svolgere le mansioni cui è adibito/a. *Il datore di lavoro, con consenso de/la lavoratore/lavoratrice interessato/a, è tenuto a richiedere la visita per l'accertamento della compatibilità cui è adibito/a.*
- dichiarazione di consenso del lavoratore/lavoratrice al computo.

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>

Timbro e firma* Legale rappresentante

Data, _____

**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 _____