



La presente comunicazione dev'essere indirizzata alla PEC: [sildpcicentro@regione.lazio.legalmail.it](mailto:sildpcicentro@regione.lazio.legalmail.it)

Oggetto: COMUNICAZIONE DI COMPUTO QUOTA DI RISERVA (art. 4, c. 4, L. 68/99 e ss.mm.ii.)  
"LAVORATORE DIVENUTO DISABILE IN COSTANZA DI RAPPORTO DI LAVORO"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella qualità di legale rappresentante dell'Azienda  
\_\_\_\_\_ P.IVA/CF \_\_\_\_\_ sede legale in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_  
Dimensioni aziendali: Numero dipendenti 15/35 36/50 >50  
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

COMUNICA

Il computo, nella quota di riserva prevista dalla L.68/99 in qualità di DISABILE, del lavoratore \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
con Verbale di Invalidità\* rilasciato da \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_ con percentuale di invalidità del \_\_\_\_\_, con  
rivedibilità al \_\_\_\_\_ (da compilare solo in caso di revisione/scadenza) assunto dalla scrivente  
azienda, sulla sede di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Qualifica  
professionale \_\_\_\_\_ Tipologia contratto:

Orario lavorativo:

- Tempo indeterminato
- Tempo determinato sino al \_\_\_\_\_
- Tempo pieno
- Part-time h/sett \_\_\_\_\_ su CCNL h/sett \_\_\_\_\_

DICHIARA

- che tale inabilità non è stata causata da inadempimento da parte del datore di lavoro, accertato in sede giurisdizionale, delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro;
- che il lavoratore è stato adibito a mansioni equivalenti o inferiori, nonché di essere in possesso di tutta la documentazione sotto indicata:

- Verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 60% afferente il lavoratore in questione oppure Verbale di invalidità INAIL attestante il riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 34% afferente al lavoratore in questione;
- Consenso del lavoratore al computo nella quota di riserva legge 68/99;

Di essere a conoscenza che l'Ufficio SILD, destinatario della presente comunicazione, effettuerà idonei controlli sulla veridicità su quanto dichiarato

di non avere attiva alcuna Convenzione ex l.68/99

- di avere una Convenzione attiva ex l.68/99, stipulata in data \_\_\_\_\_ con l'ufficio \_\_\_\_\_

Si dichiara, inoltre, che la persona disabile oggetto del presente computo non è stato acquisito per cambio appalto

Il modulo va trasmesso unitamente alla copia del documento di identità del dichiarante (legale rappresentante aziendale)

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

\*L'accertamento medico legale (Verbale I.C. oppure Sentenza+ CTU) deve riportare una percentuale di invalidità pari o superiore al 60%