



La presente comunicazione dev'essere indirizzata alla PEC: sildpcicentro@pec.regione.lazio.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%