



La presente comunicazione dev'essere indirizzata alla PEC: sildcpicentro@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 _____

con 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 % di invalidità del con
rieducibilità al _____ (da compilare solo in caso di revisione/scadenza)

assunto dalla scrivente azienda, sulla sede di Roma o prov. di Roma – presso (indirizzo sede di lavoro):

in data _____ **(precedente alla data del verbale di invalidità)**

Qualifica professionale _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato sino al _____

Orario lavorativo: ☐ 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 stipulata con il Sild Regione Lazio di Roma.

☐ di avere una Convenzione attiva ex L.68/99, stipulata in data _____ con l'ufficio Sild Regione Lazio di Roma.

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

Il modulo è un'autocertificazione, 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>

Data _____

Timbro e firma** Legale Rappresentante

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