

DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER L'OCCUPAZIONE
GR74/04 – AREA “ATTUAZIONE, TUTELA DELLA FRAGILITÀ E PUNTO DI CONTATTO
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: Comunicazione di computo ai sensi dell'art. 4 c. 4 - Legge 68/99 e ss. mm. ii.

(Lavoratore divenuto disabile in costanza di rapporto di lavoro e inabile allo svolgimento delle proprie mansioni)

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 _____

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, ai sensi dell'**art. 4 c. 4**, della Legge 68/99 del 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. _____

Categoria _____ Qualifica di assunzione _____

Divenuto invalido, con verbale di Invalidità rilasciato da _____

in data _____ con percentuale di invalidità del _____ %

con rivedibilità al _____ (da compilare solo in caso di revisione/scadenza).

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, a seguito della sopravvenuta inabilità allo svolgimento delle proprie mansioni. **Specificare:**

Mansioni svolte prima della sopravvenuta inabilità

Nuove mansioni o significativo adeguamento delle stesse

☐ **Di essere in possesso della documentazione sottoindicata:**

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

Di essere a conoscenza che l'Ufficio SILD, destinatario della presente comunicazione, si riserva la facoltà di effettuare idonei controlli, sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

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

Richiede altresì che il computo venga imputato in adempimento della Convenzione prot. _____ del _____ stipulata con l'Ufficio _____ (indicare solo nel caso in cui l'azienda abbia in essere una convenzione).

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