REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER L'OCCUPAZIONE

SILD RIETI

PEC: sildrieti@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: _____ in qualità di Legale rappresentante dell'Azienda _____ C.F./P.I. _____ con sede legale in _____ via _____ Tel _____ E-mail _____ PEC _____

Consapevole di quanto disposto dall'art. 76, D.P.R. n. 445/2000 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 _____ nato a: _____ il _____ C.F. _____ cellulare _____ E-mail _____ 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 _____ con Qualifica Professionale _____ e Tipologia Contratto:

○ Tempo indeterminato con orario lavorativo: _____

○ Tempo determinato sino al _____ ○ Tempo pieno ○ Tempo parziale 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 della documentazione sottoindicata:

- 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 ex Legge 68/99;
- Certificato attestante l'inabilità alla mansione rilasciato dall'organismo competente in materia;
- Certificato attestante l'idoneità alla nuova mansione rilasciato dall'organismo competente in materia;

☐ di essere a conoscenza che l'Ufficio S.I.L.D., destinatario della presente comunicazione, si riserva la facoltà di effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;

☐ di non avere attiva alcuna Convenzione ex L.68/99;

☐ di avere attiva una Convenzione ex L.68/99, stipulata in data _____ con _____

Dichiara, inoltre, che la persona disabile, oggetto del presente computo, non è stata acquisita per cambio appalto.

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

Luogo e data _____, lì _____

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

_____

Il modulo va trasmesso unitamente alla copia del documento di identità del dichiarante (Legale Rappresentante aziendale)

REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER L'OCCUPAZIONE

SILD RIETI

sildrieti@pec.regione.lazio.it

OGGETTO: Consenso al computo quota di riserva lavoratori disabili

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, residente a _____
in Via _____, mail *(obbligatoria)* _____
Cell. _____ Codice Fiscale _____
dipendente della ditta _____ dal _____

autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili, ai sensi della vigente normativa, ai fini del computo per la copertura della percentuale d'obbligo, ex art. 3 Legge n° 68/1999 e ss.mm.ii., nell'azienda presso cui è dipendente.

Data _____

Firma lavoratore _____