



La presente istanza dev'essere indirizzata alla PEC: sildcpicentro@pec.regione.lazio.it

**Oggetto: Richiesta di computo ai sensi dell'art.4 comma 3 bis della legge 68/99 e ss.mm.ii.
“LAVORATORE GIÀ INVALIDO PRECEDENTEMENTE ALL'ASSUNZIONE”**

Il sottoscritto _____ nella qualità di legale rappresentante
dell'Azienda _____ P.IVA/CF _____

sede legale _____ via _____

tel _____ fax _____ Mail _____

pec _____

Dimensioni aziendali: Numero dipendenti 15/35 36/50 >50

chiede

il computo, ai sensi dell'art. 4 comma 3 bis della legge 68/99 e ss.mm.ii., del lavoratore
CF: _____

nato a _____ il _____,

assunto dalla scrivente azienda, sulla sede di _____

in data _____

Qualifica professionale _____

Tipologia contratto:

Orario lavorativo:

☐ Tempo indeterminato

☐ Tempo pieno

☐ Tempo determinato sino al _____

☐ Part-time h/sett _____ su CCNL di h/sett _____

☐ richiede, altresì, che il computo venga imputato in adempimento della Convenzione
stipulata con la Regione Lazio/Città Metropolitana Roma Capitale in data _____

(indicare solo nel caso in cui l'azienda abbia in essere una Convenzione ex l.68/99).

Ad ogni buon fine si allega:

- Copia verbale di invalidità del lavoratore / Sentenza + CTU*
- Idoneità del lavoratore con disabilità a continuare a svolgere le mansioni cui è adibito. Il datore di lavoro, con consenso del lavoratore interessato, è tenuto a richiedere la visita per l'accertamento della compatibilità delle mansioni cui è adibito;
- Dichiarazione di consenso del lavoratore.

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

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%

Dichiarazione del lavoratore

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ Il _____

CODICE FISCALE _____

Dipendente della ditta _____ dal _____

mail lavoratore (obbligatoria) _____

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 _____