



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

Oggetto: **RICHIESTA DI COMPUTO ai sensi dell'art. 4 c. 3bis Legge 68/1999 e ss.mm.ii.**
"LAVORATORE GIA INVALIDO PRECEDENTEMENTE ALL'ASSUNZIONE"

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

CHIEDE

Il computo ai sensi dell'art. 4 comma 3bis della L.68/99 e ss.mm.ii. del lavoratore _____
CF _____ nato a _____ il _____
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

☐ Richiede, altresì, che il computo venga imputato in adempimento della Convenzione stipulata con il Sild Regione Lazio di Roma 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 (redatta da un medico del lavoro oppure il Verbale di accertamento della capacità globale ai fini del collocamento mirato – L.68/99, redatto dall'INPS).
- Dichiarazione di consenso del lavoratore firmata (pag2).

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

*L'accertamento medico legale (Verbale I.C. oppure Sentenza+ CTU) deve riportare una percentuale di invalidità pari o superiore al 60% - Verbale Inail dal 34%