Spett.le ASPAL

Via Is Mirrionis, 195

09100 Cagliari (CA)

PEC: agenzialavoro@pec.regione.sardegna.it

All’Ufficio competente CPI di[[1]](#footnote-1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: Computabilità art. 4 L. 68/99 - Richiesta Azienda di Somministrazione** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Azienda Somministratrice**  Denominazione azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_avente la propria sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_), e sede operativa in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Referente aziendale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Datore di Lavoro Utilizzatore**  Denominazione utilizzatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_avente la propria sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_), e sede operativa in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di rappresentante legale

e/o delegato (allegare eventuale delega) dell’Azienda Somministratrice sopra citata

**CHIEDE**

la computabilità nella quota di riserva L.68/99 del/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di lavoratore con disabilità.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

che il/la lavoratore/rice è in forza presso la sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assunto/a con contratto:

di somministrazione (almeno 12 mesi continuativi) dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tempo pieno parziale per n. \_\_\_\_\_\_ ore settimanali;

con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Liv.\_\_\_\_\_\_\_ Contratto Collettivo Nazionale del settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ore settimanali previste dal CCNL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che sono state affidate al/la lavoratore/rice mansioni compatibili con le sue condizioni di disabilità;

che l’invalidità del/la lavoratore/rice è stata riconosciuta in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (indicare la data di definizione riportata nel verbale di invalidità);

di aver consegnato al lavoratore/rice l’informativa sul trattamento dei dati redatta ai sensi del GDPR 679/2016;

che il/la lavoratore/rice rientra nella fattispecie sottoindicata *barrare la casella interessata. I requisiti devono essere posseduti dal lavoratore alla data di presentazione della richiesta di computo.*

|  |
| --- |
| **Articolo 4 comma 3 bis**   * + lavoratore/rice con disabilità ***assunto/a al di fuori delle procedure del collocamento obbligatorio*** e riconosciuto/a tale prima della costituzione del rapporto di lavoro, con un’invalidità pari o superiore al 60%   **o**   * + lavoratore/rice con disabilità ***assunto/a al di fuori delle procedure del collocamento obbligatorio*** in possesso di verbale relativo a minorazioni ascritte dalla prima alla sesta categoria di cui alle tabelle del Testo Unico delle pensioni di guerra del 23/12/1978;   **o**   * + lavoratore/rice con disabilità intellettiva o psichica **assunto/a al di fuori delle procedure del collocamento obbligatorio** e riconosciuto/a tale prima della costituzione del rapporto di lavoro, con un’invalidità superiore al 45%; |

***oppure***

|  |
| --- |
| **Articolo 4 comma 4**   * + lavoratore/rice riconosciuto/a con disabilità ***in costanza di rapporto di lavoro***, in conseguenza di infortunio o malattia, con riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 60%, non causata da violazione delle norme in materia di sicurezza e igiene del lavoro da parte del datore di lavoro richiedente;   **o**   * + lavoratore/trice riconosciuto/a con disabilità ***in costanza di rapporto di lavoro***, per infortunio sul lavoro o malattia professionale, con un grado di invalidità superiore al 33%, non causata da violazione delle norme in materia di sicurezza e igiene del lavoro da parte del datore di lavoro richiedente; |

A tal fine, allega:

|  |
| --- |
| **art. 4 comma 3 bis: documentazione da allegare**   * + copia della documentazione sanitaria attestante che la percentuale di invalidità accertata comporti una riduzione della capacità lavorativa uguale o superiore al 60% **ovvero** minorazioni ascritte dalla prima alla sesta categoria di cui alle tabelle del Testo Unico delle pensioni di guerra del 23/12/1978 **ovvero** disabilità intellettiva o psichica con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%; * copia del “giudizio di idoneità alla mansione specifica” rilasciata dal medico competente aziendale; * Attestazione Legge 114 del 2014 riguardante gli invalidi civili, rilasciata dall’INPS **oppure** autocertificazione del lavoratore che dichiari di non essere stato convocato o sottoposto a nuova visita (solo nel caso in cui il verbale di invalidità risulti con revisione scaduta); * copia di un documento di riconoscimento del richiedente (legale rappresentante dell’Azienda richiedente) e del lavoratore interessato in corso di validità;   Nel caso di mansioni non soggette a sorveglianza sanitaria:   * copia della “relazione conclusiva” ai sensi del DPCM 13 gennaio 2000 (verbale di collocamento Mirato) **oppure** copia della ricevuta di richiesta del verbale di Collocamento Mirato inviata alle Commissioni competenti; |

|  |
| --- |
| **art. 4 comma 4: documentazione da allegare**   * + copia della documentazione sanitaria attestante che la percentuale di invalidità accertata comporti una riduzione della capacità lavorativa uguale o superiore a 60% ovvero riduzione della capacità lavorativa per infortunio sul lavoro o malattia professionale con un grado di invalidità superiore al 33% * copia del “giudizio di idoneità alla mansione specifica” rilasciata dal medico competente aziendale; * Attestazione Legge 114 del 2014 riguardante gli invalidi civili, rilasciata dall’INPS **oppure** autocertificazione del lavoratore che dichiari di non essere stato convocato o sottoposto a nuova visita (solo nel caso in cui il verbale di invalidità risulti con revisione scaduta); * copia di un documento di riconoscimento del richiedente (legale rappresentante) e del lavoratore interessato in corso di validità;   Nel caso di mansioni non soggette a sorveglianza sanitaria:   * copia della “relazione conclusiva” ai sensi del DPCM 13 gennaio 2000 (verbale di collocamento Mirato) **oppure** copia della ricevuta di richiesta del verbale di Collocamento Mirato inviata alle Commissioni competenti; |

Luogo e data

**Timbro e firma del datore di lavoro**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Da compilare a cura del lavoratore*

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_), codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per il quale questa/o Ditta/Ente

inoltra la presente istanza, **acconsente** ad essere computato nella quota di riserva ai sensi della legge 68 del 1999 e si impegna a fornire all’azienda somministratrice la documentazione[[2]](#footnote-2) necessaria ai fini del procedimento.

**A TAL FINE DICHIARA**

di aver ricevuto e letto l’informativa del trattamento dei dati redatta ai sensi del GDPR 679/2016;

Chiede di ricevere le comunicazioni riguardanti il procedimento di computabilità:

* al proprio indirizzo e-mail/PEC di seguito specificato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* per il tramite del proprio datore di lavoro.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**firma del lavoratore**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicare il CPI in cui ricade la sede operativa del lavoratore. Convenzionalmente i CPI di Sassari, Olbia, Nuoro, Lanusei, Oristano, Sanluri, Cagliari e Carbonia. [↑](#footnote-ref-1)
2. È facoltà del lavoratore presentare la documentazione priva dei dati sanitari riferiti alla patologia [↑](#footnote-ref-2)