

All'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (A.R.T.I.)

Settore Servizi per il Lavoro di Arezzo, Firenze e Prato

**Centro Impiego di Prato
Servizio Collocamento Mirato**

Via Galcianese, 20/L – Tel. 0574/613236 - 613240

E-mail collmirato.prato@arti.toscana.it

indirizzo PEC: arti.arezze_firenze_prato@postacert.toscana.it (specifica destinatario e oggetto)

Oggetto: Richiesta computabilità nella quota di riserva di lavoratore disabile **assunto tramite collocamento ordinario.** (art.4 co.3 bis L.68/99 – Decreto Lgs 151/2015).

La sottoscritta Azienda/Ente : _____

con sede (indirizzo esteso) _____ cap _____

Partiva Iva / Codice Fiscale _____

Indirizzo posta elettronica / posta elettronica certificata (PEC) _____ / _____

Telefono _____ Referente aziendale _____

Dichiara - ai sensi dell'art. 3 Legge 68/99 - di essere:

- 1) azienda soggetta all'obbligo e di avere in forza n. dipendenti, pertanto di aver presentato il prospetto informativo valido per l'anno in corso in data _____
- 2) azienda non soggetta all'obbligo e quindi di non aver presentato il prospetto informativo in quanto non soggetta agli obblighi L. 68/99, avendo in forza n. dipendenti.

Chiede la Computabilità ai sensi dell' art.4 co.3 bis L.68/99 – D.Lgs 151/2015 per il lavoratore:

Cognome _____ Nome _____

Data nascita ____ / ____ / ____ Residenza _____

Assunto tramite Collocamento Ordinario in data ____ / ____ / ____ con contratto a tempo indeterminato
con la qualifica di _____
con mansioni di _____
presso la sede di lavoro di _____

A tal fine allega i seguenti documenti obbligatori:

- Verbale di invalidità civile (leggibile e in corso di validità) con percentuale uguale o superiore al 60% o Certificazione (leggibile e in corso di validità) minorazioni ascritte dalla I° alla VI° categ. di cui alle tabelle allegate al testo unico del DPR 23/12/1978 n. 915, ovvero con disabilità intellettiva e psichica con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%;
- Parere di idoneità alle mansioni rilasciato dal medico aziendale interno o, in sostituzione, dalla commissione medico legale dell'Asl/INPS di appartenenza.

Data _____

Firma del lavoratore per accettazione

Firma e Timbra Azienda
