

**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](mailto:collmirato.prato@arti.toscana.it)

indirizzo PEC: [arti.arezzo\\_firenze\\_prato@postacert.toscana.it](mailto:arti.arezzo_firenze_prato@postacert.toscana.it) (specifica destinatario e oggetto)

Oggetto: Richiesta computabilità nella quota di riserva di lavoratore divenuto disabile **in costanza di rapporto di lavoro**. (art.4 co.4 L.68/99 e D.P.R. n. 333/2000)

La sottoscritta Azienda/Ente: \_\_\_\_\_

con sede legale (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.4 della Legge 68/99 per il lavoratore:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Assunto in data di assunzione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato

Attualmente in forza presso la sede operativa di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Descrizione Mansioni e tipologia orario di lavoro **PRIMA** del riconoscimento di invalidità:

Descrizione Mansioni e tipologia orario di lavoro **DOPO** del riconoscimento di invalidità:

- E’ divenuto disabile per causa di:    \* Invalidità Civile        \* Invalidità di Lavoro

**DICHIARA** che l’inabilità non è stata determinata da violazione, da parte del datore di lavoro, delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro, accertata in sede giudiziale.

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 di invalidità del lavoro pari o superiore al 34%;
- 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 Timbro Azienda*

All.1

---

---