

TIMBRO O CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA

Spettabile
DIPARTIMENTO POLITICHE DEL LAVORO E
DELLA FORMAZIONE
POLITICHE PER L'IMPIEGO
CENTRO PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI
DISABILI E DEGLI SVANTAGGIATI
VIA COLONNELLO ALESSI, 4
11100 A O S T A

OGGETTO: Richiesta di riconoscimento assunzione – L. 68/99 art. 4 c. 4

Il/La sottoscritto/a _____, in nome e per conto dell'Azienda _____, codice fiscale _____, con sede legale in _____ via/fraz. _____, indirizzo PEC: _____

PRESO ATTO

che il/la proprio dipendente sig./sig.ra _____ codice fiscale _____ nato/a a _____ (____) il _____, residente in _____ (____) via/fraz. _____, in servizio alle dipendenze della scrivente ditta, nello stabilimento di _____, dal _____, in data _____ è stato/a riconosciuto/a invalido/a con una percentuale del _____% così come da documentazione allegata alla presente

CHIEDE

che tale assunzione possa essere conteggiata nell'ambito della quota di riserva degli invalidi, così come previsto dall'art.4 c.4 della L. 68/99.

PRECISA

- che il/la lavoratore/trice di cui sopra appartiene alla categoria:
 - Invalido/a civile;
 - Invalido del lavoro;
- che la tipologia contrattuale è la seguente:
 - rapporto di lavoro a **tempo determinato**, fino al _____;
 - rapporto di lavoro a **tempo indeterminato**;
 - orario di lavoro a tempo pieno;
 - orario di lavoro a tempo parziale pari a _____ ore settimanali su _____ previste per il tempo pieno.

DICHIARA

- che il/la lavoratore/trice non è divenuto/a inabile a causa dell'inadempimento da parte del datore di lavoro, accertato in sede giurisdizionale, delle norme in materia di sicurezza e igiene del lavoro;
- che, in considerazione dell'invalidità sopraggiunta al/alla lavoratore/trice, l'organizzazione del lavoro del/della dipendente ha subito le seguenti modifiche (monteore settimanale, tipologia delle mansioni, eventuali accomodamenti, ecc...): _____

_____.

SI IMPEGNA

- a conteggiare il/la lavoratore/trice nella quota di riserva solo dopo aver ricevuto risposta alla presente da parte di codesto ufficio e fino al permanere dei requisiti di invalidità previsti dalla normativa vigente;
- ad attribuire al/alla lavoratore/trice mansioni compatibili con le residue capacità lavorative, come da accertamento delle Condizioni di Disabilità per l'Inserimento e l'Integrazione Lavorativa "Relazione Conclusiva"
 - effettuato in data _____;
 - che il/la lavoratore/trice, con la sottoscrizione della presente, si impegna a richiedere entro 60 giorni all'ente preposto all'accertamento delle condizioni di invalidità civile (Regione Autonoma Valle d'Aosta – Assessorato Sanità Salute e Politiche Sociali - Ufficio Invalidità Civile Loc. Grand-Chemin n. 4 Saint-Christophe).

DATA _____

FIRMA*

PER PRESA VISIONE*:

IL/LA LAVORATORE/TRICE*

*Nel caso in cui la richiesta non sia firmata digitalmente ovvero la firma non venga apposta in presenza del funzionario addetto, deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003

I dati personali forniti con la compilazione del presente modulo saranno trattati esclusivamente in relazione allo sviluppo del procedimento per cui essi sono specificati e per gli adempimenti conseguenti.

Il trattamento dei dati sensibili è svolto ai sensi del R.R. 2/2006.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dell'attività richiesta e in mancanza di essi non sarà possibile adempiere la procedura richiesta.

Il trattamento dei dati avviene manualmente e con l'ausilio dei mezzi elettronici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati vengono conservati presso i Centri per l'impiego e potranno essere comunicati a enti pubblici terzi qualora ci fosse una specifica competenza di questi nel procedimento in questione.

Gli interessati possono esercitare i diritti di cui agli articoli 7 e seguenti del d.lgs. 196/2003 ed, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Il titolare del trattamento dei dati è la Regione Autonoma Valle d'Aosta, con sede in Piazza Deffeyes, 1 - Aosta.

Il responsabile del trattamento è il Dirigente delle Politiche per l'Impiego.