CARTA INTESTATA DELL’AZIENDA

**FAC SIMILE DI RICHIESTA/Azienda**

**Spett.le COMITATO TECNICO METROPOLITANO**

**c/o Città Metropolitana di Milano Via Soderini 24, 20146 Milano**

**Alla c.a. Presidente Comitato Tecnico metropolitano**

[**comitatotecnico.l68.milano@cittametropolitana.milano.it**](mailto:comitatotecnico.l68.milano@cittametropolitana.milano.it)

[**p.c. Servizio Occuopazione disabili comitatotecnico.l68.milano@afolmet.it**](mailto:p.c.%20Servizio%20Occuopazione%20disabili%20comitatotecnico.l68.milano@afolmet.it)

**p.c.: riferimenti lavoratrice/or**e

**Richiesta di accertamento per la compatibilità lavoratore-mansione ai sensi dell’Articolo 10 L.68/99**

La/il sottoscritta/o

Nato/a il  **/ /** a

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale

nella sua qualità di legale rappresentante/titolare dell’impresa/delegato dall’impresa

Nome azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_

con sede operativa in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_

**chiede**

**che venga accertata la compatibilità della mansione affidata alla /al dipendente**

Cognome Nome

Nata/o il  **/ /** a

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

domiciliata/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale

 

**A tale scopo dichiara che la/il lavoratrice/ore:**

è stata/o assunta/o ai sensi della Legge 68/99 o precedenti, dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è divenuta/o disabile in costanza di rapporto di lavoro e computato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attualmente svolge la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descrivere brevemente l'attività aziendale, la mansione svolta dal lavoratore e le difficoltà incontrate con particolare riferimento ai cambiamenti intervenuti nello svolgimento dell’attività lavorativa che fondano la richiesta ex art. 10 l. 68/99

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

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

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

**Specificare se:**

le difficoltà di svolgimento della mansione sono legate all’aggravamento dello stato di salute

le difficoltà di svolgimento della mansione sono legate a variazioni organizzative che hanno

comportato un cambio di mansione o una diversa organizzazione della attività

sono state o verranno adottate soluzioni di tipo organizzativo e operativo, per superare le

difficoltà (descrizione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

sono state proposte mansioni differenti (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la risorsa è seguita da un servizio di mediazione lavorativa (specificare quale servizio):

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

Altro che si desidera segnalare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Considerato quanto sopra, si resta in attesa della valutazione del Comitato Tecnico metropolitano in indirizzo.

Nel frattempo, in accordo con la risorsa, il rapporto di lavoro è sospeso sino a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in quanto non sussistono le condizioni minime per la prosecuzione dello stesso.

Nel frattempo il rapporto di lavoro è attivo e il dipendente è:

in servizio in malattia in ferie/permesso

Per qualsiasi ulteriore chiarimento, è possibile contattare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che in azienda riveste il ruolo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il trattamento dei dati personali del lavoratore è conforme alla disciplina comunitaria e nazionale in materia di protezione dei dati personali.*

**TIMBRO DELL’AZIENDA E FIRMA OLOGRAFA / DIGITALE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE/SUO DELEGATO**

**Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documenti da allegare:**

* Doc. identità lavoratore (in corso di validità)
* Permesso di soggiorno (eventuale se necessario)
* Relazione del medico competente sui giudizi di idoneità rilasciati
* Esiti significativi di accertamenti sanitari eventualmente svolti
* Relazione servizio mediazione lavoro (se presente)
* Riferimenti dell’Amministratore di sostegno (se presente) e relativo Decreto di nomina
* altro (es. fattori di rischio correlati al luogo/postazione di lavoro e alla organizzazione del lavoro, evidenziati dalla Valutazione dei Rischi e nel relativo Documento)
* In caso di richiesta presentata dal delegato del rappresentante legale, documento d’identità e procura del potere di firma.