

Timbro/Carta intestata azienda

All' AGENZIA REGIONALE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO (ARPAL) – REGIONE PUGLIA

Ufficio Inserimento Mirato Disabili – Ambito provinciale di

- BARI
 BRINDISI
 BAT
 FOGGIA
 LECCE
 TARANTO

Richiesta di computabilità di personale disabile ai sensi degli artt. 4, comma 3 bis e 4 della Legge 68/99 e 3, commi 2 e 4, DPR n.333/2000.

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della ditta
 _____ con sede legale in _____
 (prov. _____) Via _____
 Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
 PEC _____ C.F./P.IVA _____
 e sede operativa nella Provincia di _____ in via _____ n° _____
 CAP _____ Comune _____ tel. _____
 esercente l'attività di _____ ed appartenente alla categoria
 delle aziende con base di computo :

- non obbligata da 15 a 35 dip. da 36 a 50 dip. oltre 50 dip.

CHIEDE

che l'assunzione del lavoratore/lavoratrice _____ nato/a
 a _____ il _____ residente a _____
 via _____ n° _____ codice fiscale _____
 possa essere computata nella quota di riserva prevista dalla L. 68/99.
 A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del
 D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false,

DICHIARA

di aver assunto in data _____ il lavoratore/lavoratrice sopra
 specificato/a presso la sede operativa di _____ attualmente inquadrato/a
 con la qualifica _____ di _____ ed
 adibito/a _____ allo svolgimento delle seguenti
 mansioni _____

con un orario di lavoro settimanale pari a _____ ore su un orario contrattuale pari a
 _____ ore settimanali¹, il/la quale risulta avere una riduzione della capacità lavorativa,
 riconosciuta dalla data del _____ rientrante in una delle seguenti ipotesi:

¹ Si informa che per il computo dei lavoratori disabili occupati part-time si considera l'orario prestato singolarmente da ciascun lavoratore e che lo stesso va rapportato al normale orario a tempo pieno, con arrotondamento ad unità qualora l'orario prestato sia superiore al 50 per cento dell'orario ordinario (cfr. Circolare MLPS n. 41/2000 e nota MLPS n. 77 del 01.11.2005). Solo per i datori di lavoro che occupano **da 15 a 35 dipendenti**, qualora assumano con contratto a tempo parziale un lavoratore disabile ora con l'invalidità superiore al 50 per cento, è possibile il computo come unità intera a prescindere dall'orario di lavoro svolto (cfr. art. 3, comma 5, D.P.R. n. 333/2000).

- (art. 4, comma 3bis, Legge 68/99) trattasi di lavoratore **assunto al di fuori dalle procedure del collocamento obbligatorio** con riduzione della capacità lavorativa riconosciuta **prima** della costituzione del rapporto di lavoro uguale o maggiore del 60% (invalido civile o invalido del lavoro), ovvero con minorazioni ascritte dalla prima alla sesta categoria invalidi di guerra o con riduzione della capacità lavorativa maggiore del 45% per le disabilità di tipo intellettuale e psichico;
- (art. 4, comma 3bis, Legge 68/99) trattasi di lavoratore **assunto al di fuori dalle procedure del collocamento obbligatorio** con minorazioni ascritte dalla prima alla sesta categoria invalidi di guerra riconosciute **prima** della costituzione del rapporto di lavoro;
- (art. 4, comma 3bis, Legge 68/99) trattasi di lavoratore **assunto al di fuori dalle procedure del collocamento obbligatorio** con riduzione della capacità lavorativa di tipo psichico o intellettuale uguale o superiore al 46% riconosciuta **prima** della costituzione del rapporto di lavoro;
- (art. 4, comma 4, Legge 68/99) trattasi di lavoratore con riduzione della capacità lavorativa uguale o maggiore al 60% (invalidi civili) riconosciuta in **costanza** di rapporto di lavoro;
- (art. 4, comma 4, Legge 68/99) trattasi di lavoratore con riduzione della capacità lavorativa di tipo psichico o intellettuale uguale o maggiore al 46% riconosciuta in **costanza** di rapporto di lavoro;
- (art. 4, comma 4, Legge 68/99) trattasi di lavoratore con riduzione della capacità lavorativa uguale o maggiore al 34% (invalidi del lavoro) riconosciuta in **costanza** di rapporto di lavoro.

Dichiara inoltre che la disabilità oggetto della presente richiesta di computabilità non è dovuta a violazioni in materia di igiene e sicurezza addebitate all'azienda, nonché che le mansioni affidate al lavoratore sono compatibili con la natura ed il grado della sua minorazione riportati nel verbale di accertamento dello stato invalidante allegato, unitamente al parere del medico aziendale, che a tal fine dovrà prendere visione di quanto disposto dalla commissione medica.

Allegati:

- copia del verbale di invalidità, unitamente alla diagnosi funzionale e/o relazione conclusiva di cui al D.P.C.M. 13 gennaio 2000.
- giudizio di idoneità alla specifica mansione redatto dal medico aziendale competente ai sensi del D.Lgs. 81/08;
- scheda di rischio lavorativo sulla (Mod.10.1_ SCHEDA DI RISCHIO LAVORATIVO);
- fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del lavoratore interessato.

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE²

Firma per accettazione del lavoratore interessato _____;

² La firma in calce alla dichiarazione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In alternativa, qualora la presente dichiarazione non fosse firmata alla presenza del dipendente dovrà pervenire all'ufficio competente unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore. L'apposizione della firma digitale al documento informatico equivale a sottoscrizione e consente l'invio telematico della dichiarazione (cfr. artt. 23 e 38 DPR 445/2000)