

Spett.le Agenzia Piemonte Lavoro  
Centro Impiego di

(inviare a mezzo PEC al Servizio Disabili di competenza per la sede operativa)

OGGETTO: Richiesta di computo lavoratore divenuto disabile in costanza rapporto di lavoro ex art. 4, comma 4, L. 68/99 e s.m.i. - art. 3 commi 2 e 4 DPR n. 333/00

L'azienda	<input type="text"/>		
Partita Iva	<input type="text"/>		
Sede Legale in	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sede Operativa in <small>(indicare la sede presso la quale presta servizio il lavoratore interessato)</small>	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>		
PEC	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

### CHIEDE

Il riconoscimento ex art. 4, comma 4, della legge 68/99 e art. 3, commi 2 e 4, del DPR n. 333/00 per il lavoratore:

Cognome	<input type="text"/>		
Nome	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo di nascita	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Comune	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Assunto il	<input type="text"/>	Presso la sede di	<input type="text"/>

**diventato invalido non per cause imputabili ad inadempimento da parte del datore di lavoro delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro**

- Invalidità civile (almeno 60%) con % pari al
- Invalidità sul lavoro (almeno 34%) con % pari al

Mansioni attribuite al lavoratore **prima** del riconoscimento dell'invalidità

  
  

Mansioni attribuite al lavoratore **dopo** il riconoscimento dell'invalidità (ESPLICITARE le eventuali limitazioni e prescrizioni e/o le eventuali misure organizzative adottate che modificano il contenuto della prestazione lavorativa effettivamente resa rispetto a prima).

  
  
  

[**ATTENZIONE:** AI SENSI DELL'ART.4 COMMA 4 L.68/99 È CONSENTITO IL RICONOSCIMENTO DEL LAVORATORE SOLTANTO NEI CASI IN CUI LO STESSO SIA **DIVENTATO INABILE ALLO SVOLGIMENTO DELLE PROPRIE MANSIONI IN CONSEGUENZA DELL'INVALIDITA' SOPRAGGIUNTA** E SIA PERTANTO STATO **DESTINATO A DIFFERENTI MANSIONI**<sup>1</sup>]

A tal fine DICHIARA, sotto la propria responsabilità, (*è necessario barrare tutte le dichiarazioni*):

- che il rapporto di lavoro non è insorto in conseguenza di clausola sociale in seguito al subentro in un appalto (personale transitato da altra azienda per cambio di appalto)
- di essere il datore di lavoro in capo al quale ricadono gli oneri di carattere patrimoniale in relazione a tale rapporto di lavoro (la busta paga è emessa dall'azienda che richiede il riconoscimento)
- che le mansioni affidate al lavoratore sono compatibili con la natura ed il grado

---

<sup>1</sup> Art.4 comma 4 Legge 68/99. I lavoratori che divengono inabili allo svolgimento delle proprie mansioni in conseguenza di infortunio o malattia non possono essere computati nella quota di riserva di cui all'articolo 3 se hanno subito una riduzione della capacità lavorativa inferiore al 60 per cento o, comunque, se sono divenuti inabili a causa dell'inadempimento da parte del datore di lavoro, accertato in sede giurisdizionale, delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro.

della sua invalidità (di tale compatibilità si darà riscontro nell'allegato giudizio di idoneità del medico competente emesso non oltre 90 giorni prima della data della richiesta)

**Si allegano alla presente richiesta i seguenti documenti:**

1. Copia del **verbale di accertamento dell'invalidità** del lavoratore, in caso di verbale soggetto a revisione con data scaduta è necessario allegare anche una **dichiarazione** del lavoratore che attesti di non essere ancora stato convocato a visita da parte dell'Inps unitamente a un documento di identità del lavoratore;
2. Copia della **comunicazione obbligatoria di assunzione** o, per rapporti di lavoro sorti antecedentemente all'obbligo di comunicazione, documentazione analoga comprovante l'assunzione;
3. **Giudizio del medico competente di idoneità del lavoratore** a svolgere le nuove mansioni attribuite dopo l'accertamento dello stato invalidante (**necessario anche per le professioni non soggette a sorveglianza sanitaria**) **emesso in data successiva a quella del verbale e non antecedente di oltre 90 giorni la data della richiesta di riconoscimento**
4. **Dichiarazione** di non responsabilità da parte del datore di lavoro (SOLO in caso di Invalidità di Lavoro o di Servizio sopraggiunta nel corso del rapporto di lavoro con il datore di lavoro che richiede il riconoscimento)
5. **Documento del lavoratore** che sottoscrive il modulo per presa visione.

**N.B. Tutti gli allegati al presente elenco sono obbligatori, la mancanza anche di un solo documento tra quelli richiesti comporterà il non accoglimento della richiesta**

Luogo e Data

Timbro e firma dell'Azienda

**Sottoscrizione del lavoratore per presa visione del cambio mansione e autorizzazione al computo**

Luogo e Data

Firma del Lavoratore