

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

p.c. Servizio Occupazione disabili
comitatotecnico.l68.milano@afolmet.it

p.c.: riferimenti lavoratrice/ore

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 e le difficoltà incontrate

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.