

CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA

FAC SIMILE DI RICHIESTA/ azienda

Spett.le COMITATO TECNICO
c/o Servizio Occupazione Disabili
Città Metropolitana di Milano
Via Soderini 24
20146 Milano
Alla c.a. Presidente Comitato Tecnico

Richiesta di accertamento per la compatibilità lavoratore-mansione ai sensi dell'art. 10 L.68/99 e art. 8, COMMA 4 DPCM 13 GENNAIO 2000

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n _____

nella sua qualità di legale rappresentante/titolare dell'impresa

codice fiscale _____ P.IVA _____

con sede legale in _____ CAP _____

via _____ n _____

con sede operativa in _____ CAP _____

via _____ n _____

chiede che venga accertata la compatibilità della mansione affidate al dipendente

sig-re/ra _____ codice fiscale _____

nato il _____ a _____ e residente a _____ in

via _____ tel _____

A tale scopo dichiara quanto segue:

il/la lavoratore/trice

/_/ è stato assunto/a ai sensi della L. 68/99 o precedenti dal giorno _____

/_/ è divenuto/a disabile in costanza di rapporto di lavoro e computato come disabile dal _____

attualmente svolge la mansione di _____

Descrivere brevemente l'attività aziendale, la mansione, le difficoltà e le soluzioni sperimentate.

Specificare

/_/ le difficoltà insorte nell'espletamento della mansione sono legate all'aggravamento dello stato di salute

/_/ le difficoltà insorte nell'espletamento della mansione sono legate a variazioni dell'organizzazione del lavoro che hanno comportato o comporteranno un cambio di mansione del lavoratore o un diversa organizzazione della sua attività lavorativa

/_/ sono state adottate soluzioni, sia sul piano organizzativo che operativo, per superare le difficoltà intervenute (descrivere brevemente)

/_/ sono state proposte mansioni differenti (specificare)

/_/ la persona 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 degli organismi in indirizzo.

/_/ Nel frattempo la persona proseguirà l'attività presso l'azienda

/_/ Nel frattempo, il rapporto di lavoro è sospeso in quanto non sussistono le condizioni minime per la prosecuzione dello stesso.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento, è possibile contattare il/la

sig./sig.ra _____ che riveste il ruolo di _____

tel _____ e-mail _____

TIMBRO DELL'AZIENDA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Data

Documenti da allegare (se in possesso dell'azienda)

/_/ Relazione del medico competente sui giudizi di idoneità rilasciati,

/_/ Esiti significativi di accertamenti sanitari eventualmente svolti

/_/ Relazione servizio mediazione lavoro

/_/ 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