

FAC SIMILE DI RICHIESTA Lavoratore

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 azienda

Richiesta di accertamento compatibilità lavoratore-mansione ai sensi dell'art. 10 L.68/99

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ Via _____ n _____

domiciliata/o _____ Via _____ n _____

Telefono _____ mail _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dipendente presso l'azienda _____

sede operativa _____ Via _____ n _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false (D.P.R. 445 28/12/2000),

chiede

l'accertamento di compatibilità della mansione affidata e a tale scopo dichiara che:

- 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 adottate soluzioni di tipo organizzativo e operativo, per superare le difficoltà (descrivere brevemente le soluzioni) _____

sono state proposte mansioni differenti (specificare) _____

sono seguita/o 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 l'azienda, 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:

sono in servizio

sono in malattia

sono in ferie/permesso

Oltre ai miei recapiti è possibile contattarmi riferendosi a:

Nominativo: _____ nel ruolo di _____

Cell _____ e-mail _____

Nominativo Amministratore di Sostegno (se presente) _____

(allegare il numero della sentenza e/o il documento che ne autorizza l'intermediazione)

Cell _____ e-mail _____

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs 196 del 30 giugno 2003.

Luogo, data _____

Firma _____

Documenti da allegare (se in possesso del lavoratore)

- Doc. identità lavoratore
- 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)
- Doc. identità Amministratore sostegno (solo se inoltra la domanda)
- 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)