

FAC SIMILE DI RICHIESTA / Lavoratore

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

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n _____

codice fiscale _____

dipendente presso l'azienda _____

con sede operativa a _____ CAP _____

Via _____ n _____

chiedo che venga accertata la compatibilità della mansioni affidate.

A tale scopo dichiaro:

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

/_/ sono 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 e le difficoltà incontrate

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)

/_/ sono seguito 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 proseguirò la mia attività presso l'azienda

/_/ 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.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento, è possibile contattarmi ai seguenti recapiti

tel _____ cell _____ e-mail _____

oppure è possibile contattare la sig.ra / il sig.re _____

che riveste ruolo di _____

ai seguenti recapiti tel _____ cell _____ e-mail _____

Distinti saluti.

FIRMA

Data

Documenti da allegare (se in possesso del lavoratore)

/_/ 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