

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. commissione medica competente

p.c: riferimenti della/del lavoratrice/lavoratore

Oggetto: Articolo 8, comma 4 DPCM 13 GENNAIO 2000

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ Via _____ n _____

Telefono _____ mail _____

Codice Fiscale

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

nella sua qualità di legale rappresentante/titolare dell'impresa

Nome azienda _____

codice fiscale

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

con sede legale in _____ via _____ n _____

con sede operativa in _____ via _____ n _____

rappresenta l'insorgere di difficoltà pregiudizievoli per la prosecuzione dell'integrazione lavorativa della/del lavoratrice/lavoratore di seguito indicato:

Cognome Nome _____

Nata/o il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ Via _____ n. _____

domiciliata/o _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ mail _____

Codice Fiscale

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

- in possesso di un Verbale di Invalidità rilasciato da: _____
il: _____ con percentuale: _____
- Assunta/o dal _____ con contratto:
 - a tempo indeterminato
 - a tempo determinato superiore a 6 mesi
- presso la sede
di: _____ via: _____
- attualmente con mansione di _____ -

Altro che si desidera segnalare: _____

Considerato quanto sopra, al fine di ottenere un accertamento delle capacità lavorative per consentire il computo della risorsa ai sensi della Legge 68/99, si resta in attesa di vostre eventuali ulteriori informazioni.

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/ FIRMA DIGITALE DEL LEGALE
RAPPRESENTANTE/SUO DELEGATO**

Luogo, data _____
Firma _____

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 (se presente)