

**RICHIESTA DI ACCERTAMENTO DELLA COMPATIBILITA'
DELLA MANSIONE CON LA CONDIZIONE DI SALUTE DEL LAVORATORE/LAVORATRICE DISABILE
(ART. 10 L.68/99)**

*La presente istanza va trasmessa on line sul portale Sintesi - applicativo COB
come Richiesta generica, indicando la voce pertinente.*

CARTA INTESTATA DELL'AZIENDA:

Spett.le COMITATO TECNICO
c/o Ufficio Collocamento Mirato
PROVINCIA DI BRESCIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ARTT. 46 E 47 DPR 445/00)**

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

Il sottoscritto _____, nato a _____,
residente a _____ in via _____,
nella sua qualità di legale rappresentante/titolare dell'impresa(rag. sociale)

codice fiscale _____ Partita IVA _____,
Numero matricola INPS _____, Codice INAIL _____,
Codice ATECO _____ con sede legale in _____

cap. _____ via _____ n.

tel. _____ Fax _____

e-mail _____, con sede operativa in _____

cap. _____ via _____ n.

Attività _____ CCNL _____

Referente aziendale _____

tel. _____ Fax _____

chiede che venga accertata la compatibilità tra la mansione di

e il/la lavoratore/trice sig./sig.ra

codice fiscale _____ nato il _____ e

residente a _____ in via _____ .

A tale scopo dichiara quanto segue:

1. il/la lavoratore/trice sig./sig.ra _____ è assunto/a dal giorno _____
e da allora ha svolto le seguenti mansioni (elencare)
2. dettagliata descrizione della mansione di _____

attualmente affidata al/alla lavoratore/trice suddetto/a

3. le difficoltà insorte nell'espletamento della mansione legate all'aggravamento dello stato di salute del lavoratore
4. le difficoltà insorte nell'espletamento della mansione legate ad eventuali variazioni dell'organizzazione del lavoro
5. le soluzioni sperimentate sulle attuali mansioni assegnate, sia sul piano organizzativo che operativo, per superare le difficoltà intervenute e i risultati ottenuti sono stati i seguenti (descrizione):

Inoltre, ai sensi dell'articolo 10 comma 3 legge 68/99, si chiede di descrivere gli adattamenti dell'organizzazione del lavoro messi in atto o l'assegnazione di altre mansioni presenti in azienda, effettuati al fine di superare le difficoltà riscontrate dal lavoratore/dalla lavoratrice nello svolgimento delle proprie mansioni (descrizione dettagliata ed eventuali allegati).

Infine, a corredo delle proprie dichiarazioni, allega la seguente documentazione:

- a. valutazioni espresse dal medico competente dr _____, rintracciabile presso lo studio _____ tel. _____, in merito alle mansioni attualmente assegnate di cui si allega copia o di altre mansioni eventualmente attribuite
- b. eventuali valutazioni espresse dal RSPP ai sensi del dlgs 81/2008
- c. copia della cartella sanitaria e di rischio del lavoratore/della lavoratrice
- d. estratto del DVR delle mansioni presenti in azienda che sono affidate al lavoratore o che sono state proposte o che potrebbero essere assegnate.

Considerato quanto sopra, l'Azienda scrivente resta in attesa della valutazione degli organismi in indirizzo. Nel frattempo, il/la lavoratore/trice è:

- disponibile a proseguire la propria attività presso l'azienda
- ha concordato di essere collocato in aspettativa sino al _____ in quanto non sussistono le condizioni minime per la prosecuzione del lavoro
- altro (specificare)

Per qualsiasi ulteriore chiarimento, è possibile contattare il/la sig./sig.ra _____ che riveste il ruolo di _____ al numero _____ nei giorni _____

Si dichiara di essere a conoscenza che i dati personali forniti saranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) disponibile al seguente indirizzo <https://sintesi.provincia.brescia.it> alla voce Privacy".

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE