

**RICHIESTA DI ACCERTAMENTO DELLA COMPATIBILITÀ DELLA MANSIONE CON LA CONDIZIONE
DI SALUTE DEL LAVORATORE CON DISABILITÀ (ART. 10 L.68/99)**

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 _____ il _____
residente a _____
in via _____
dipendente della _____
con sede a _____
in via _____ n. _____,
chiede che venga accertata la compatibilità con la mansione di
che sta svolgendo dal _____.

A tale scopo dichiara segue:

1. è assunto/a dal giorno _____ ai sensi della legge 68/99 o precedenti
appartenetene alla categoria (specificare) _____ e da allora ha
svolto le seguenti mansioni (elencare):

2. breve descrizione della mansione attualmente svolta di

3. descrizione delle difficoltà insorte nell'espletamento della mansione legate
all'aggravamento dello stato di salute

4. le soluzioni sperimentate, sia sul piano organizzativo che operativo, per superare le
difficoltà intervenute e i risultati ottenuti:

Considerato quanto sopra, il lavoratore 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 (*OPPURE*)

Nel frattempo, in accordo con il/la lavoratore/trice, il rapporto di lavoro è sospeso sino al....., in quanto non sussistono le condizioni minime per la prosecuzione dello stesso.

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".

Distinti saluti.

.....
FIRMA DEL LAVORATORE

La firma in calce alla dichiarazione è stata apposta in mia presenza, previa verifica dell'identità personale del dichiarante

.....
(firma dell'addetto)

(1) in sostituzione dell'apposizione della firma in presenza del dipendente addetto, deve essere allegata alla presente dichiarazione copia di un documento di riconoscimento.