

**ALLA DIREZIONE REGIONALE LAVORO**  
Area decentrata "Centri per l'impiego Lazio Centro"

Ufficio Sild – Sez. Computi  
Via Raimondo Scintu, 106 -00173 Roma  
[computi.sildcpicentro@regione.lazio.it](mailto:computi.sildcpicentro@regione.lazio.it)

**Oggetto: Richiesta computo ai sensi dell'art.34 comma 3 d.lgs. 81/20015 e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella qualità di legale rappresentante  
dell'Azienda \_\_\_\_\_ cod.fisc. az. \_\_\_\_\_  
sede legale in \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

chiede

il computo, ai sensi dell'art. 34 comma 3 d.lgs. 81/2015 ss.mm.ii., del lavoratore  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, in forza presso la scrivente azienda utilizzatrice  
con contratto di somministrazione (minimo 12 mesi) dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_, con qualifica professionale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ orario lavorativo sett.  
\_\_\_\_\_ tempo indeterminato / determinato sino al  
\_\_\_\_\_

dichiara

che la società di somministrazione è \_\_\_\_\_ e

richiede, altresì, che il computo venga imputato in adempimento della Convenzione con la Città  
Metropolitana di Roma Capitale ora Direzione Regionale Lavoro stipulata in  
data \_\_\_\_\_ ( indicare solo nel caso in cui l'azienda abbia in essere una  
Convenzione).

Ad ogni buon fine si allega:  
copia verbale di invalidità del lavoratore *con omissis* della diagnosi;  
copia del contratto di somministrazione;  
copia unilav della società di somministrazione.

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e firma

Legale rappresentante

\_\_\_\_\_