

**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 di computo ai sensi dell'art.4 comma 3 bis della legge 68/99 e s.m.i.**

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

chiede

il computo, ai sensi dell'art. 4 comma 3 bis della legge 68/99 e ss.mm.ii., del lavoratore  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, assunto dalla scrivente azienda, sulla sede di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con  
qualifica professionale \_\_\_\_\_ orario lavorativo  
sett. \_\_\_\_\_ tempo indeterminato/ tempo determinato sino  
al \_\_\_\_\_

richiede, altresì, che il computo venga imputato in adempimento della Convenzione stipulata con  
la Città Metropolitana di Roma Capitale ora Direzione Regionale Lavoro 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 ( $\geq$  del 60%); (NON VERB L.104/92)
- idoneità del lavoratore con disabilità a continuare a svolgere le mansioni cui è adibito. Il datore di lavoro, con consenso del lavoratore interessato, è tenuto a richiedere la visita per l'accertamento della compatibilità delle mansioni cui è adibito;
- dichiarazione di consenso del lavoratore.

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

Timbro e firma

Legale rappresentante

\_\_\_\_\_

## Dichiarazione del lavoratore

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Dipendente della ditta \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

mail lavoratore (obbligatoria) \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili, ai sensi della vigente normativa, ai fini del computo per la copertura della percentuale d'obbligo, ex art. 3 Legge n° 68/1999 e ss.mm.ii., nell'azienda presso cui è dipendente.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_