DA INVIARE TRAMITE PEC ALL'INDIRIZZO SU CARTA INTESTATA AZIENDALE
collocamentomirato@pec.regione.campania.it

Spett/le Giunta Regione della Campania
Servizio Territoriale Provinciale di Napoli
UOD 501110
Collocamento Mirato
Via Nuova Poggioreale, 44/A
80143 – NAPOLI

OGGETTO: Richiesta di riconoscimento lavoratore disabile (ex art. 4 comma 4 L.68/99)
In forza presso datore di lavoro privato.-

L' AZIENDA ……

Partita IVA ……

Sede Legale ……

Con la presente richiede il riconoscimento (ex art. 4 comma 4 L.68/99) per il lavoratore:

Nome ……..Cognome …….

Data di nascita ……luogo di nascita ……

Assunto in data ……...presso la sede operativa di ……

Con la mansione e/o qualifica ……

Con il seguente orario di lavoro …….☐ FULL TIME
☐ PARTIME Ore…….

E' divenuto disabile per causa di: ☐ Invalidità Civile ☐ Invalidità di Lavoro

Si allegano:

- Copia (leggibile) del verbale di invalidità

- Comunicazione di assunzione (Mod.C/ass o Unilav)

Dichiara, altresì

☐ di aver preso visione della regolamentazione sul trattamento dei dati ai sensi del Reg. UE 2016/679 di cui alla Deliberazione di G.R. n. 466 del 17.07.2018 pubblicata sul sito istituzionale della Regione Campania nella sezione "Casa di Vetro";

☐ di essere consapevole della responsabilità derivante dall'uso delle informazioni assunte qualora arrechino nocumento a terzi e che l'utilizzo delle stesse dovrà rispettare i principi in tema di riservatezza in conformità al Reg. U.E. 2013/679,

☐ che le informazioni contenute nella presente richiesta saranno utilizzate unicamente ai fini dell'assunzione lavorativa del soggetto per il quale si richiede il nulla osta manlevando la Giunta Regionale della Campania dalla responsabilità di ogni uso improprio non rientrante nelle finalità per le quali i dati sono stati forniti.

Data……

Timbro e firma dell'Azienda