

Allegato A

ALLA C.A. ASL N. 4 DELL'OGIASTRA

OGGETTO: PROCEDIMENTO DI COMPUTO AI SENSI DELLA LEGGE N. 68/99

AUTORIZZAZIONE DEL LAVORATORE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____, residente in _____ Via

n. _____ codice fiscale _____

assunto/a presso l'Azienda _____
con la qualifica di _____ dal _____
_____ con contratto di lavoro a tempo _____ full time/part-
time per n. _____ ore settimanali, matricola n. _____ recapito telefonico

sede lavorativa (indicare luogo e Struttura di assegnazione)

esprime il proprio consenso al computo nella quota di riserva dell'ASL n.4 dell'Ogliastra ai sensi di quanto stabilito dall'art. 4 comma 3 bis e comma 4 della Legge n. 68/99.

A tal fine dichiara:

- Di essere in possesso di un verbale di invalidità civile rilasciato dalla Commissione medica in data _____ con l'indicazione della percentuale di invalidità pari a _____ %

Oppure

- Di essere in possesso di un verbale di invalidità del lavoro rilasciato dall'INAIL in data _____ con l'indicazione di una percentuale di invalidità pari a _____ % e che l'infortunio sul lavoro o la malattia professionale non sono stati causati da inadempimento da parte del datore di lavoro in merito alle norme in materia di igiene e sicurezza

Oppure

- Di essere in possesso di una invalidità di guerra riconosciuta dal Ministero della Giustizia in data _____ attestante una minorazione ascritta alla _____ categoria.

Ai sensi di quanto previsto dal REG UE 679/2016 e ss.mm.ii., dichiaro di avere ricevuto l'informativa allegata, relativa all'istituto della computabilità previsto dall'art. 4 della Legge n. 68/99 ed al suo procedimento, ed esprimo esplicitamente il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità previste dalla informativa suddetta. Autorizzo, infine, l'invio dei miei dati personali all'ASPAL Sardegna per i propri adempimenti, esclusivamente nell'ambito del procedimento di computo.

Data _____

In fede _____

Documenti da allegare:

- Documento di identità in corso di validità;
- Modulo informativa debitamente sottoscritto;
- Copia del verbale di invalidità in corso di validità;