***Allegato A***

**ALLA C.A. ASL N. 4 DELL’OGLIASTRA**

**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;