

Allegato 1

Alla Sede Inail di

Indirizzo
Indirizzo Pec

Oggetto: Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro. Inserimento in nuova occupazione, Circolare Inail n. 30 del 25 luglio 2017

Il sottoscritto _____
in qualità di datore di lavoro dell'Unità produttiva _____
_____ CF _____

Indirizzo _____
Comune _____ Prov _____

Indirizzo e-mail _____ Indirizzo Pec _____
dell'Azienda _____ CF _____

Indirizzo sede legale _____
Comune _____ Prov _____

Indirizzo e-mail _____ Indirizzo Pec _____

manifesta la propria disponibilità a collaborare con l'Istituto ai fini dell'elaborazione del Progetto di reinserimento lavorativo personalizzato per l'individuazione degli interventi da realizzare per l'assunzione del/della Sig./Sig.ra _____
_____ CF _____

presso la sede di lavoro (indicare se diversa dall'Unità produttiva) ubicata in Via _____
_____ Comune _____ Prov _____

con contratto di lavoro (indicare la tipologia ad es. contratto a tempo indeterminato, determinato ecc.)

_____ della durata di _____
per lo svolgimento della mansione _____

Si informa, inoltre, che la persona con disabilità da lavoro suindicata, ai fini della sua adibizione alla suddetta mansione:

- è stata sottoposta a visita medica preventiva in fase preassuntiva¹
- verrà sottoposta a visita medica preventiva in fase preassuntiva.

Si indicano di seguito i recapiti utili al fine di avviare la più tempestiva collaborazione

Firma

¹ Da effettuare da parte del medico competente, ai sensi dell'articolo 41 del decreto legislativo n. 81/2008 e successive modificazioni, o dai competenti uffici delle AASSLL, ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 300/70.