

**Al Direttore del  
Servizio Unico Metropolitan  
Amministrazione del Personale**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ dipendente  
dell'Azienda/Istituto \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
recapito telefonico n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di aver riportato:

- una invalidità comportante una riduzione della capacità lavorativa in misura pari o superiore al 60%  
oppure
- una invalidità per infortunio sul lavoro o malattia professionale superiore al 33%  
oppure
- una invalidità comportante una riduzione della capacità lavorativa in misura compresa tra il 46% ed 59%.

Pertanto, con la presente,

**DA' IL PROPRIO CONSENSO**

ad essere conteggiato/a per la copertura della percentuale d'obbligo prevista dall'art. 3 della Legge n. 68/99 (*percentuale minima 60% se invalido civile, 34% se invalido del lavoro*).

Così come previsto dal D.Lgs. 196/03, **AUTORIZZA** il datore di lavoro alla raccolta e al trattamento di tutti i dati relativi al proprio stato invalidante al fine dell'espletamento delle pratiche connesse al riconoscimento a computo di cui all'art.4 della legge 68/99 (*percentuale minima 60% se invalido civile, 34% se invalido del lavoro*) e/o delle pratiche relative alla detrazione Irap (*percentuale minima 46% se invalido civile, 34% se invalido del lavoro*).

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03:

- 1) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente autorizzazione viene resa;
- 2) che i dati stessi, nonché copia del verbale di invalidità saranno trasmessi all'Agenzia Regionale per il lavoro dell'Emilia Romagna – Ufficio collocamento mirato di Bologna, per l'autorizzazione necessaria al computo nella quota di riserva (*percentuale minima 60% se invalido civile, 34% se invalido del lavoro*).

A tal fine allega copia del verbale di accertamento redatto dall'apposita Commissione medica, **con omissione della diagnosi**.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_