

Lettera alla struttura individuata per l'accertamento di idoneità al servizio – Lavoratori disabili

Spett.le
Ente

.....
Raccomandata A.R.

Oggetto: **accertamento della compatibilità delle mansioni con le condizioni di salute dei lavoratori disabili ai sensi dell'art. 10, 3° comma, Legge 12 marzo 1999, n. 68**

Con la presente si richiede nei confronti del/la nostro/a dipendente Sig./ra, invalido/a civile, assunto/a tra gli aventi diritto al collocamento obbligatorio l'accertamento in oggetto allo scopo di "verificare se, a causa delle sue minorazioni, possa continuare ad essere utilizzato presso l'azienda".

Al riguardo, si specifica che il/la Sig/Sig.ra, nato/a a il....., dipendente della scrivente Banca a far tempo dal, è inquadrato/a nella Area Professionale/categoria dei Quadri direttivi,livello retributivo (di cui allegiamo i riferimenti contrattuali), ha fatto registrare nell'ultimo quadriennio i seguenti periodi di assenza per malattia:

dal ... al
dal ... al
dal ... al
dal ... al

Si puntualizza inoltre che il sig/ra (*specificare con il supporto dell'Ufficio Normativa e Contenzioso del Lavoro di competenza il motivo che induce a chiedere il tipo di visita specialistica più opportuna*).

La fattura per il pagamento del servizio andrà emessa a, ed indirizzata a:(indicare l'indirizzo della struttura competente)

Vi chiediamo cortesemente di comunicare data, ora e luogo della visita dell'interessato/a al Sig./Sig.ra numero telefonico anticipando le risultanze della visita di accertamento delle condizioni di salute al numero di fax

Nel restare in attesa di ricevere il giudizio di idoneità o di inidoneità di codesta Struttura, porgiamo distinti saluti.

... (luogo) ..., ... (data) ...

... (struttura) ...
... (firma/firme) ...

All.: c.s.