



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Sede legale: Via G. Cusmano, 24  
90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Cure Primarie  
**UOC MEDICINA LEGALE E FISCALE**  
Via Mariano Stabile 261 - 90129

Alla UOC Medicina Legale e Fiscale

OGGETTO: **RICHIESTA URGENTE VALUTAZIONE LEGGE 68/1999 - DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI**

La/il sig.ra/sig. \_\_\_\_\_ nata/o a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in relazione all'istanza per il riconoscimento della Legge n. 68/1999 già presentata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CHIEDE

che si proceda con urgenza alla valutazione per le concrete e reali possibilità di inserimento lavorativo ai fini del diritto al lavoro dei disabili

DELEGA	
(da compilare soltanto in caso di delega alla presentazione della domanda)	
dati anagrafici del soggetto da delegare	
La/il sig.ra/sig. _____ nata/o a	
_____ il ___/___/___ residente a _____	
in via _____ tel _____	
Firma dell'interessato	
_____	

*ALLEGA alla presente richiesta:*

- copia del documento di identità dell'interessato e, in caso di delega, ANCHE copia del documento di identità del delegato;
- copia della tessera sanitaria dell'interessato;
- documentazione attestante **le concrete possibilità di collocamento mirato al lavoro destinato ai soggetti in condizioni di disabilità ai sensi della Legge 68/1999** (ad esempio, bando di concorso dedicato alla Legge 68/1999, lettera dell'Ente o del datore di lavoro, pubblico e privato, che indica la concreta volontà di assunzione del soggetto).

**In seguito alla presentazione dell'istanza verrà convocato a visita ambulatoriale.**

acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e Regolamento GDPR 2016/679 di cui all'informativa al seguente link:

[https://www.asppalermo.org/Archivio/regolamenti/Privacy/2022/ASP-PA\\_Informativa%20Generale%20ASP%20PALERMO.pdf](https://www.asppalermo.org/Archivio/regolamenti/Privacy/2022/ASP-PA_Informativa%20Generale%20ASP%20PALERMO.pdf)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/delegato

\_\_\_\_\_