

Alla U.O.C. Gestione e Sviluppo
Risorse Umane

SEDE

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente in _____

(____) Via _____ n. _____, CAP _____,

dipendente presso il PTV in qualità di: _____ matr. _____

COMUNICA

- 1) Di essere stato riconosciuto INVALIDO con percentuale pari al _____% in data _____ e allega il relativo certificato/verbale (doc. n. 1) rilasciato da _____
- 2) Di essere stato riconosciuto INVALIDO con percentuale pari al _____% in data _____ e allega il relativo certificato/verbale (doc. n. 2) rilasciato da _____
- 3) Di essere stato riconosciuto INVALIDO con percentuale pari al _____% in data _____ e allega il relativo certificato/verbale (doc. n. 3) rilasciato da _____
- 4) Di possedere una invalidità derivante da causa di servizio ascrivibile alla Tab. _____ (doc. n. 4) SI NO

Il sottoscritto acconsente all'utilizzo dei propri dati personali ai fini della procedura di ricognizione del personale con invalidità e ad essere inserito tra i lavoratori appartenenti alle categorie protette di cui alla L. n 68/99.

Data

Firma

.....