

Spett.le SIL
Azienda ULSS n.8
Via Forestuzzo n.41
31011 ASOLO (TV)

e p.c. Al Responsabile
Servizio Handicap Adulto
Azienda ULSS n.8
31044 MONTEBELLUNA (TV)

OGGETTO: presentazione richiesta di integrazione lavorativa.

SERVIZIO INVIANTE: _____
OPERATORE DI RIFERIMENTO: _____

SERVIZIO DI PROVENIENZA: _____
ENTE: _____
OPERATORE DI RIFERIMENTO: _____
RELAZIONE CONCLUSIVA: (da allegare)

DATI ANAGRAFICI UTENTE. _____
TELEFONO: _____

CERTIFICATO COMMISSIONE INVALIDITA' (da allegare): SI NO

GRADO: _____

TIPO:

- ☐ SENSORIALE
- ☐ FISICO
- ☐ PSICHICO
- ☐ INTELLETTIVO

BENEFICI ECONOMICI : SI NO

- ☐ ASSEGNO MENSILE
- ☐ PENSIONE D'INVALIDITA'
- ☐ INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

CERTIFICATO LEGGE 104/92 (da allegare): SI NO

- ☐ HANDICAP
- ☐ GRAVITA'
- ☐ EX LEGGE 68/99

☐ CERTIFICAZIONE SITUAZIONE SVANTAGGIO LEGGE 381/91 (da allegare Coop. Sociali tipo "B")

☐ CODICE FISCALE (da allegare fotocopia) _____

- ☐ ISCRIZIONE UFFICIO PROVINCIALE DEL LAVORO / SERVIZIO PER L'IMPIEGO;
- ☐ FOTOCOPIA LIBRETTO DEL LAVORO;
- ☐ FOTOCOPIA MODELLO C1;

☐ RAPPORTI DI LAVORO INSTAURATI O ESPERIENZE LAVORATIVE SVOLTE:
DAL _____ AL _____ PRESSO _____

☐ TIROCINI AZIENDALI SVOLTI : DAL _____ AL _____ PRESSO _____

In assenza di documentazione indicare gli estremi

DATA _____

FIRMA
del responsabile del servizio inviante
