



**Area Risorse Umane**

Prot. N. 4445

del 11 APR. 2017

**A TUTTO IL PERSONALE**

**OGGETTO:** Censimento del personale dipendente dell'Azienda divenuto, in costanza del rapporto di lavoro, inabile allo svolgimento delle proprie mansioni per infortunio o malattia e che abbia subito una riduzione della capacità lavorativa in misure pari o superiore al sessanta per cento.

E' precipuo obbligo di quest'Azienda promuovere l'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato, secondo i precetti normativi stabiliti dalla Legge 12 marzo 1999, n. 68.

A tal fine, occorre censire il personale appartenente alle categorie protette in atto in servizio presso quest'A.O.U.P..

Pertanto, i dipendenti divenuti inabili, dopo la loro immissione in servizio, allo svolgimento delle proprie mansioni per infortunio o malattia, di cui all'articolo 4, comma 4, della legge n. 68 del 1999, e che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa in misura pari o superiore al sessanta per cento, sono tenuti a comunicare la propria disabilità e la documentazione ad essa preposta, rilasciata dalle apposite Commissioni per l'invalidità, all'Ufficio Concorsi dell'Azienda secondo l'allegato schema di comunicazione, entro il termine di giorni 15 decorrenti dalla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.

Per chiarimenti ed ulteriori informazioni, gli interessati possono rivolgersi al competente Ufficio Concorsi dell'A.O.U.P. (0916555580 -0916555583).

**La Responsabile dell'Area Risorse Umane**

*Dott.ssa Duilia Martellucci*

**Il Direttore Amministrativo**

*Dott. Roberto Colletti*

**Il Direttore Sanitario**

*Dott. Luigi Aprea*

**Il Commissario Straordinario**

*Dott. Fabrizio De Nicola*

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI COMUNICAZIONE**

**AL Legale Rappresentante**

Dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"

**C/O AREA RISORSE UMANE**

**Ufficio Concorsi**

Via Montegrappa 58

90128 PALERMO

**Censimento del personale dipendente dell'Azienda divenuto, in costanza del rapporto di lavoro, inabile allo svolgimento delle proprie mansioni per infortunio o malattia e che abbia subito una riduzione della capacità lavorativa in misure pari o superiore al sessanta per cento.**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
n.matricola \_\_\_\_\_ assunto in servizio presso quest'Azienda il \_\_\_\_\_  
chiede di essere censito tra il personale che, in costanza del rapporto di lavoro, è divenuto inabile allo  
svolgimento delle proprie mansioni per infortunio o malattia e che abbia subito una riduzione della  
capacità lavorativa in misure pari o superiore al sessanta per cento.

A tal fine allega copia della documentazione a supporto rilasciata da \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_.

**L'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione concernente la presente  
comunicazione è il seguente:**

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**Via/Piazza** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **C.A.P.** \_\_\_\_\_

**Citta** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto  
della legge n.196/2003, per gli adempimenti connessi al presente censimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_