Intestazione Azienda

Allegato 10 - Dichiarazione in materia di disabilità

Piano nazionale di ripresa e resilienza - Missione 4 – Istruzione e Ricerca – Componente 1 – Potenziamento dell’offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università – Investimento 3.2 “Scuola 4.0: scuole innovative, cablaggio, nuovi ambienti di apprendimento e laboratori” “Azione 1: Next generation classrooms - Ambienti di apprendimento innovativi”, finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU.

Titolo del Progetto “Spazi Vitali”

Codice Progetto: M4C1I3.2-2022-961-P-13283

CUP: F94D22003030006

CIG: ……………………………

Il sottoscritto………...………………………………………………….……….... nato a ……………..…………………..

il ……..…................… C.F. ……………………………………… residente a………………..………. Prov. .................

Via ..………………………….............................................................. n. ................... CAP…………………………

nella sua qualità di ………………………………………………………..…….…………………………………………………………..

dell’impresa……………………………………………………………………………………………………….……..........................

con sede legale in Via …………………………………………………………..…….............................… n. ...................

CAP ....................... Città ............................................................................................... Prov. …...........

Cod. Fiscale Impresa ……………………………………………………………………………….……………………………………...

P. IVA (se diversa dal cod. fiscale) ………………………………………………………………………………………..………….

tel. ...…………………………….........................……….…... Fax .....……………………………………………………………….

e-mail…………………………………………......... PEC…………………………………………………………………………………….

*consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione e di falsità in atti e di uso di atti verranno applicate, ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.p.r. n. 445/2000, le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia,*

*DICHIARA*

* *DI NON ESSERE tenuti al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui all’art. 17 Legge 68/99, avendo alle dipendenze un numero di lavoratori inferiore a quindici.*
* *DI ESSERE tenuti al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui all’art. 17 Legge 68/99, avendo alle dipendenze un numero di lavoratori superiore a quindici.*

*In relazione a ciò allega dichiarazione sulla attale situazione occupazionale attestante il rispetto della normativa di riferimento*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Il Dichiarante*

N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.