

**AFFIDAMENTO DI SERVIZI**

**Mobilità di gruppo di alunni e docenti presso Repubblica Ceca**

**CIG: A02D49E9E8**

Programma ERASMUS+ - Azione KA1- Progetti di mobilità di breve termine settore scuola.

Finanziato dall'Unione europea

**Codice attività: 2023-1-IT02-KA122-SCH-000147194**

**CUP: D64E23000120006**

**DICHIARAZIONE IN MATERIA DI DISABILITÀ**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di: *(indicare la carica, anche sociale)* \_\_\_\_\_

dell'impresa/società \_\_\_\_\_

con sede legale in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale Impresa \_\_\_\_\_ P. IVA (se diversa dal cod. fiscale)

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**

**(barrare la casella corrispondente alla situazione occupazionale)**

☐ *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 attuale situazione occupazionale attestante il rispetto della normativa di riferimento.

Luogo e data

Il Dichiarante

Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii).

**NB: Il documento deve essere sottoscritto con firma digitale dal legale rappresentante dell'impresa (o da persona munita da comprovati poteri di firma).**

