  **Istituto Comprensivo** **Statale “Maria MONTESSORI”**

**SAN MAURIZIO CANAVESE (TO)** **Via General Cabrera, 12 - Cap. 10077-**

Tel. 0119279546 Fax 0119276207 C.F.92028680012 – C.M. TOIC831003

<http://www.icsanmaurizio.edu.it> TOIC831003@istruzione.it TOIC831003@PEC.ISTRUZIONE.IT

Codice IPA **istsc\_toic831003** Codice univoco **UF2045**

|  |
| --- |
| Intestazione ditta |

 Al Dirigente Scolastico

 Istituto Comprensivo “M. Montessori”

 S. Maurizio Canavese (TO)

ALLEGATO E: DICHIARAZIONE IN MATERIA DI DISABILITA’

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.***