

DICHIARAZIONE IN MATERIA DI DISABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ C.F. _____
 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. _____
 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

(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).