

DICHIARAZIONE IN MATERIA DI DISABILITÀ

Il sottoscritto **SCHIAVONI SIMONE**

nato a **ROMA** il **29/07/1984** C.F. **SCHSMN84L29H501U**

in qualità di: *(indicare la carica, anche sociale)* **PRIMATOUR ITALIA SRL A SOCIO UNICO**

dell'impresa/società **PRIMATOUR ITALIA SRL A SOCIO UNICO**

con sede legale in Via **ANAGNINA** n. **314/C**

CAP **00118** Città **ROMA** Prov. **RM**

Cod. Fiscale Impresa **09810351008** P. IVA (se diversa dal cod. fiscale) **09810351008**

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

ROMA, 12/03/2025

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).

