

Al Dir. Scolastico

Istituto -----

DICHIARAZIONE IN MATERIA DI LAVORATORI DISABILI

Il/la sottoscritto/a

Nome				
Cognome				
Nato a				
	(COMUNE)	(PROV.)	(STATO)	
In data				
Residente a				
	(COMUNE)			
	(INDIRIZZO COMPLETO)	(CIVICO)	(CAP)	(PROV.)
In qualità di				
	(INDICARE LA CARICA/RUOLO RICOPERTO)			
Della Ditta				
	(DENOMINAZIONE COMPLETA DELLA DITTA E RAGIONE SOCIALE)			
	(PARTITA IVA)	(CODICE FISCALE)		
	(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 tenuto 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 tenuto 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.

Data ___/___/_____

Il Dichiarante _____

Documento firmato digitalmente