## Al Dirigente Scolastico

## I.C.S. “E. Armaforte”

**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 attale situazione occupazionale attestante il rispetto della normativa di riferimento.**

**Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Il Dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Documento firmato digitalmente***