**Da compilare su carta intestata**

Spett.le

Provincia di Como

Settore Politiche Attive del Lavoro

Ufficio Collocamento Mirato

Via Volta 44 - 22100 COMO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(redatta e trasmessa ai sensi degli artt. 47 e 38 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

* Rappresentante legale
* Delegato con Procura

dell’ente/organizzazione/società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalla legge qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);

**DICHIARA**

di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi dell’art. 17 Legge 12 marzo 1999 n. 68.

*Luogo e data*

*firma olografa della/del dichiarante*

*in alternativa firma digitale*

*apposta ai sensi del D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82*

*allegato R – Bando CO0124*