

DICHIARAZIONE IN MATERIA DI LAVORATORI DISABILI

La sottoscritta

Nome	CLAUDIA		
Cognome	DI FOGLIO		
Nato a	VASTO	CH	ITALIA
	(COMUNE)	(PROV.)	(STATO)
In data	21/11/1966		
Residente a	VASTO		
	(COMUNE)		
VIA MARTIRI DELLA VIOLENZA		15	66054
(INDIRIZZO COMPLETO)		(CIVICO)	(CAP)
In qualità di	LEGALE RAPPRESENTANTE		
	(INDICARE LA CARICA/RUOLO RICOPERTO)		
Della Ditta	POLARIS S.R.L.		
	(DENOMINAZIONE COMPLETA DELLA DITTA E RAGIONE SOCIALE)		
02475190696		02475190696	
(PARTITA IVA)		(CODICE FISCALE)	
info@polarisformazione.it		polarisformazione@pec.it	
(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 voce di competenza)

☒ 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 13/11/2024

Il Dichiarante _____



Claudia Di Foglio
13.11.2024
10:59:37
GMT+02:00

Documento firmato digitalmente