

DICHIARAZIONE

ALLEGATO A

(a cura del datore di lavoro)

MODULO DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RIMBORSO DI TRASPORTO PER PERSONE DISABILI

Cognome _____ Nome _____

in qualità di legale rappresentante dell'azienda (ragione sociale)

P.I. _____ C.F. _____

Con sede legale a _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci, che:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____

a _____ Prov. (___)

Residente in _____ Prov. (___)

svolge

ha svolto attività lavorativa presso questa azienda a decorrere dal _____ al _____

in forza di contratto a:

Tempo determinato, con scadenza _____;

Tempo indeterminato.

Data (gg/mm/aaaa) _____

FIRMA _____

(Autenticata ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che il competente Servizio Welfare del Comune di Grugliasco può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, art. 18 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

Data (gg/mm/aaaa) _____

FIRMA _____