

## 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 \_\_\_\_\_