

Alla Provincia del Medio Campidano
Assessorato alle Politiche e ai Servizi per il Lavoro
Servizio Inserimento Mirato Legge 68/99
Via Carlo Felice n.201
09025 - Sanluri

AUTOCERTIFICAZIONE

Da compilare a cura del datore di lavoro.

Modulo da allegare alla richiesta di ammissione ai benefici per l'assunzione a tempo determinato di almeno 12 mesi di lavoratori disabili ai sensi della L.68/99.

L sottoscritt _____

in qualità di Legale Rappresentante dell'Azienda _____

Partita IVA _____ codice fiscale _____

con sede legale in _____

indirizzo _____

recapito telefonico _____

e mail _____

DICHIARA

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

1. L'Azienda è in possesso dei requisiti di legge ;
 - che l'azienda è soggetta alla ritenuta d'acconto al 4%;
 - che l'azienda non è soggetta alla ritenuta d'acconto del 4%

Luogo e Data _____

Firma del Rappresentante legale¹

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che il competente Servizio dell'Assessorato al Lavoro può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusiva, ente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31/12/1996 n.675 "tutela della privacy" art.27.)

Data _____

Firma

¹ Firma autenticata ai sensi del DPR 28/12/2000 n.445

Assessorato al Lavoro
Autocertificazione

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 18.07.2013*

APPROVATO CON: -

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Lavoro*

RESPONSABILE *dott.ssa Lorena Cordeddu*

SERVIZIO: *Lavoro*

SEDE: *via Carlo Felice, 201 - 09025 Sanluri (VS)*

TEL.: *070 9356231*

FAX.: *070 9371089*

REDATTO DA: *Graziella Vizzarri*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *gvizzarri@provincia.mediocampidano.it*