

## CARTA INTESTATA dell'ENTE

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. .... il .....  
e residente in ..... prov. ....  
Via ..... n° ..... Cod. Fiscale .....  
in qualità di **rappresentante legale dell'ente** ..... con sede a  
..... prov.....  
in Via ..... n. .... partita IVA ..... codice fiscale  
....., e-mail ....., pec .....

*consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese,*

### DICHIARA

Che l'ente sopra indicato, non è soggetto agli obblighi in materia di collocamento obbligatorio dei disabili previsti dalla L. 68/99 e s.m.i. in quanto:

non è datore di lavoro, non avendo mai avuto alle proprie dipendenze lavoratori;

oppure:

Il numero dei dipendenti è inferiore a 15

Oppure

di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili avendo ottemperato agli obblighi di assunzione di cui all'art. 3 della Legge n. 68/99 e s.m.i. e di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., si allega copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.*