**Spett. le**

**Città Metropolitana di Milano**

**Settore Politiche del lavoro**

**Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445. AZIONI NELLA FASE DI RIPRESA POST COVID-19 A SOSTEGNO DELL’INSERIMENTO E DEL MANTENIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE DISABILI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | C.F. |  |
| in qualità di | ☐ Legale Rappresentante | ☐ Soggetto con potere di firma | |
| dell'azienda |  | C.F/P.IVA |  |
| sede legale |  | | |

**CONSAPEVOLE**

delle responsabilità anche penali assunte in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi e loro uso, e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli [75](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828ART87&c=E,1,viAWralsjGRvUvLDArHX0b-xHJJf1hVTs82VIEFpPHuO245nPRIzm6rUdgkCDZIlXb61txc-JjVOnnb4T71EIxtIULge-nq7l7ep5ZLsQFlvVM6tuBqNbLw,&typo=1) e [76](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828ART88&c=E,1,3Z-6dXa0Vdfc2y-K9anKQxkIHGyRkrzKi7farxf-b3LwW4jrs-OghhgiENrNZKbj9qluPMw33lYlMWd5RHFKrvsg__LSt0wr1452vsa3ws9NZabqD26QtqJxbgM,&typo=1) del [D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828&c=E,1,7XJuVa6kT9_6ruaoSDkW2XtzUjgF_isqReNTHzuj0e1UawaRvA4JHU2Fsa0rPPVHQ_BjVLinW3ce0VnlK_fJlVwUohHrbiywKyq7tZFS&typo=1) (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

**DICHIARA**

**ai fini della richiesta di incentivo per il mantenimento lavorativo a valere sul bando Dote Impresa di cui all'oggetto, per il lavoratore**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome / Cognome |  | C.F. |  |

**che**

**l'azienda ha fatto ricorso ad ammortizzatori sociali, per motivazioni riconducibili al COVID 19, e in particolare (indicare tipo di ammortizzatore utilizzato - data della richiesta e n protocollo)**

**L'azienda ha terminato l'utilizzo dell'ammortizzatore sociale per il dipendente di cui sopra in data**

**/\_\_/\_\_/\_\_/**

**DICHIARA**

altresì

**☐** di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene presentata.

|  |  |
| --- | --- |
| data |  |

**Il legale rappresentante / soggetto con potere di firma**

*Documento firmato digitalmente*