

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER INIZIATIVE DI MOBILITA' CASA LAVORO  
(SCADENZA 31/05/2021)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 46 – 47 – 75 e 76 del D.P.R. 445/00)**

II/La sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____													
Data di nascita _____													
Residente in Via _____													
Cap. _____				Comune _____				Prov. _____					
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F													
Codice fiscale :													

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Lavoratore disabile inserito ai sensi della L. 68/99 presso l'azienda :**

Ragione sociale _____													
Sede di lavoro: Via _____ n° _____													
Cap. _____				Comune _____				Prov. _____					
Distanza Casa-Lavoro <b>Km:</b> _____													
N° di Tratte Giornaliere _____													
N° di Giornate Lavorative Settimanali _____													

**Elementi informativi sulla tipologia della assunzione:**

Data di assunzione _____ Qualifica _____													
Tipologia di assunzione: <i>(barrare il quadratino corrispondente)</i>													
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato e a tempo pieno													
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato e a tempo parziale <i>(indicare il n° di ore settimanali sul n° di ore settimanali previste del rapporto a tempo pieno – es. n° 30 su 40)</i> _____													
<input type="checkbox"/> a tempo determinato e a tempo pieno <i>(indicare il numero dei mesi)</i> _____													
<input type="checkbox"/> a tempo determinato e a tempo parziale <i>(indicare il numero dei mesi)</i> _____ e <i>(il numero di ore settimanali – es. n° 30 su 40)</i> _____													

