

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER INIZIATIVE DI MOBILITA' CASA LAVORO
(SCADENZA 18/04/2025)**

**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
Telefono _____	
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 Km: _____
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> _____	

