

Allegato 1

alla REGIONE LAZIO
DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER L'OCCUPAZIONE
AREA "ATTUAZIONE, TUTELA DELLA FRAGILITÀ E PUNTO DI CONTATTO"

Ambito territoriale: Provincia di Frosinone Provincia di Latina

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____, C.F. _____, in qualità di legale rappresentante dell'azienda
_____ con sede legale in _____ e sede
operativa in _____, Prov _____ CAP _____
Codice Fiscale _____ e P.IVA _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA CHE L'AZIENDA:

1. ha almeno una sede operativa nel territorio della Regione Lazio;
2. **(indicare UNA SOLA opzione)**
 - è associata alla seguente organizzazione che ha sottoscritto la Convenzione quadro attualmente in vigore approvata con Deliberazione Giunta n. 472 del 28/06/2024 (*indicare organizzazione e allegare attestazione*): _____
 - aderisce alla Convenzione Quadro di cui alla DGR n. 472 del 28/06/2024, per la stipula di convezioni finalizzate all'integrazione nel mercato del lavoro delle persone con disabilità con particolari difficoltà d'inserimento nel ciclo lavorativo ordinario ai sensi dell'art. 14 del D.lgs. 276/2003;
3. ha assolto gli obblighi di assunzione di lavoratori disabili ai fini della copertura della restante quota d'obbligo a loro carico determinata ai sensi dell'articolo 3 della legge 68/99, nel caso in cui si tratti di imprese soggette a tale obbligo.
4. applica il contratto collettivo di categoria sottoscritto dalle organizzazioni datoriali e sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale;
5. non ha in corso procedure concorsuali ovvero condizioni che comportino la sospensione dagli obblighi di assunzione delle persone disabili, ai sensi dell'art.3 co.5, della l.68/99

Luogo e data

Il Legale Rappresentante

Con l'apposizione della firma digitale non è necessario inviare copia del documento d'identità