



Regione Lombardia

**NOTE IMPRESA – INCENTIVO ALL'ASSUNZIONE DI PERSONE CON DISABILITA'**  
FONDO REGIONALE DISABILI ex. art. 7. L.r.13/2003.

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445/2000)**

DG Istruzione Formazione e Lavoro  
Piazza Città di Lombardia, 1  
20124 Milano

Id beneficiario:  
Nome e cognome beneficiario/a:

Il/La sottoscritto/a nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, domiciliato a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i), nonché delle sanzioni previste dall'art. 6 della Legge n.136/2010 e s.m.i., in caso di omessa, tardiva o incompleta comunicazione degli elementi informativi**

**DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITÀ**

- di essere iscritto/a negli elenchi del Collocamento Mirato Disabili della Provincia di .....
- di non essere iscritto/a negli elenchi del Collocamento Mirato Disabili
- di essere in possesso del Verbale di invalidità civile rilasciato dall'ente competente attestante il riconoscimento di una percentuale di invalidità rientrante nella seguente categoria:
  - 33 – 67
  - 68 – 79
  - 80 - 100
- di aver conseguito il titolo di studio di ..... in data..... presso.....

LUOGO e DATA

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)