



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 IN QUALITA' DI TUTORE SOTTO LA SUA RESPONSABILITÀ che il/la beneficiario/a

Nome..... cognome nato/a il residente a _____ Provincia _____ C.A.P. _____, in _____ n. _____, domiciliato a _____ Provincia _____ C.A.P. _____, in _____ n. _____, Codice Fiscale _____

- è iscritto/a negli elenchi del Collocamento Mirato Disabili della Provincia di
- non è iscritto/a negli elenchi del Collocamento Mirato Disabili
- è 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
- ha conseguito il titolo di studio di in data..... presso.....

LUOGO e DATA

(FIRMA DEL TUTORE)