

Compilazione a cura della Cooperativa/Ente operante con la disabilità

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di legale rappresentante della Cooperativa/Ente, _____

con sede legale in via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ C.F. _____

DICHIARA

Ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non rispondenti a verità,

che il sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

ha operato con la disabilità in modo continuativo dal _____ al _____

Luogo, _____

Lì _____

Legale Rappresentante

(timbro e firma)