



## DICHIARAZIONE SPONTANEA DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Titolare/Rappresentante legale dell'impresa iscritta alla CCIAA di \_\_\_\_\_

N. REA \_\_\_\_\_ denominata \_\_\_\_\_

Consapevole ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi,

### DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 2000, i seguenti stati, qualità personali o fatti che sono di propria conoscenza:

che il sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

ha prestato attività lavorativa attività lavorativa: **continuativa** / **consecutiva** <sup>(1)</sup> presso questa ditta dal

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, con la qualifica di dipendente:

apprendista/qualificato/specializzato/altro <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, inquadrato al \_\_\_\_\_

livello del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del settore: \_\_\_\_\_

e di essere stato adibito alle seguenti mansioni di cui alla **legge 224/12**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma  
\_\_\_\_\_

**NB:** Il sottoscritto allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

(1) **cancellare la dizione che non interessa**



**DICHIARAZIONE NON SPONTANEA  
DEL DATORE DI LAVORO**  
(da compilare e spedire con raccomandata con avviso di ricevimento)

Data \_\_\_\_\_

Allegati: n. 1

Spett.le<sup>(1)</sup> .....

.....

e p.c. Commissione Provinciale per l'Artigianato  
c/o C.C.I.A.A. di FR  
Viale Roma snc  
03100 FROSINONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**alla S.V. di dichiarare** - consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi (ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000) i seguenti stati, qualità personali o fatti che sono di propria conoscenza in relazione a quanto di seguito specificato:

- Il sottoscritto ha prestato attività lavorativa attività lavorativa: **continuativa / consecutiva** <sup>(2)</sup> presso questa ditta dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, con la qualifica di dipendente: apprendista/qualificato/specializzato/altro <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, inquadrato al \_\_\_\_\_ livello del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del settore: \_\_\_\_\_
- di essere stato adibito alle seguenti mansioni di cui alla **legge 224/12**:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tale certificazione dovrà essere inoltrata, entro e non oltre 15 gg. dal ricevimento della presente, al sottoscritto ed alla **Commissione Provinciale per L'Artigianato c/o CCIAA di Frosinone – Viale Roma snc, 03100 Frosinone**. Decorso inutilmente il termine indicato, quanto dichiarato dal sottoscritto avrà valore ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 2000.

In fede

\_\_\_\_\_

(1) indirizzo datore di lavoro

(2) cancellare la dizione che non interessa

\_\_\_\_\_