



## 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. 445/2000, 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 presso questa ditta dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_,

con la qualifica di dipendente: apprendista/qualificato/specializzato/altro

(1) \_\_\_\_\_, inquadrato al \_\_\_\_\_ livello del CCNL del settore:

\_\_\_\_\_ svolgendo le seguenti

mansioni di cui al **D.M. 37/2008:**

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

Timbro e Firma

(1) Cancellare la dizione che non interessa

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



**DICHIARAZIONE NON SPONTANEA  
DEL DATORE DI LAVORO**

(da compilare e spedire con raccomandata con avviso di ricevimento)

Data \_\_\_\_\_

Allegati: \_\_\_\_\_

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

.....

.....

e p.c. **Albo Imprese Artigiane  
c/o C.C.I.A.A. di FR  
Viale Roma  
03100 FROSINONE**

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

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

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

**CHIEDE**

alla S.V. di dichiarare, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, 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 presso questa ditta dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, con la qualifica di dipendente: apprendista/qualificato/specializzato/altro  
(2) \_\_\_\_\_, inquadrato al \_\_\_\_\_ livello del CCNL del settore:

➤ di aver svolto le seguenti mansioni di cui al **D.M. 37/2008**:

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

Tale certificazione dovrà essere inoltrata, entro e non oltre 15 gg. dal ricevimento della presente, al sottoscritto e **all'Albo delle Imprese Artigiane, c/o CCIAA di Frosinone Viale Roma, 03100 Frosinone**; decorso inutilmente il termine indicato, quanto dichiarato dal sottoscritto avrà valore ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

- (1) Datore di lavoro  
(2) Cancellare la dizione che non interessa