

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000 – allegare fotocopia di documento valido di riconoscimento da utilizzarsi per dichiarazioni concernenti stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato e non espressamente indicati nell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, il _____,

residente in _____, Via _____

in qualità di Datore di Lavoro/Legale rappresentante dell'Impresa/Ente _____

con sede legale/operativa in _____

Via _____

tel. _____, e-mail _____

P.Iva e/o C.F. _____

consapevole dall'art. 76 del D.Lgs. n. 445/2000, della responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue:

di iscrivere al Corso di Formazione per Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza organizzato dall'ASL Br il suo dipendente _____

nato/a a _____, il _____, al quale sarà riconosciuto per la partecipazione al Corso, come da normativa vigente, D.Lgs. 81/08, regolare trattamento economico contrattuale per le ore di frequenza registrate.

Il/La sottoscritto/a autorizza l'ASL BR al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della procedura in oggetto.

Data

firma del dichiarante
