

Mod. "AF 6"

All'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico

"PAOLO GIACCONE" di PALERMO

DICHIARAZIONE DI OTTEMPERANZA

ai sensi dell'art. 17 della legge n. 68 del 12 marzo 1999 modificato dal
comma 5 dell'art. 40 della legge n. 133 del 6 agosto 2008 in materia di diritto
del lavoro ai disabili.

OGGETTO: *Albo Imprese di fiducia dell'A.O.U.P. "P.Giaccone"*

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

nella qualità di _____

dell'Impresa _____

con sede legale a _____

in Via/Piazza _____ n. _____

iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio Industria

Artigianato e Agricoltura di _____

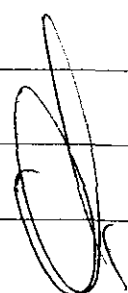
al fine della iscrizione/permanenza (cancellare quanto non interessa)

nell'Albo delle Imprese di fiducia di cui sopra,

D I C H I A R A

che l'impresa che rappresenta é IN REGOLA con le norme di assunzione
obbligatoria di cui alla Legge n° 68/99 e che, a semplice richiesta della
Stazione Appaltante, potrà fornire prova di tale requisito esibendo il
certificato di ottemperanza alla predetta legge, in corso di validità, rilasciato
dall'Ufficio Provinciale competente.

Dichiara di essere informato/a, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, che i



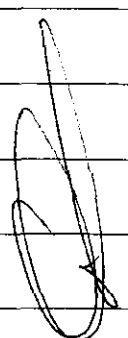
dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

(Luogo e data)

Timbro e Firma

N.B.: Alla presente si allega copia documento di riconoscimento in corso di validità.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'D' with a vertical stroke extending downwards from its right side.