EBLART	FSR – PRESTAZIONI FONDO SOSTEGNO AL REDDITO	Mod_Autocert

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nome

nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
luogo *prov.* *data*

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di Titolare/Legale Rapp. della ditta _____
nome ditta per esteso

con sede in _____ via _____
comune *via/piazza e numero civico*

Partita Iva: | | | | | | | | | | | | Matr. INPS: | | | | | | | | | | |

consapevole che ai sensi dell'art. 26 della legge 4.1.1968 n. 15 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

☐ che l'impresa è stata costituita in data ____/____/_____;

☐ che l'impresa ha assunto la veste di datore di lavoro in data ____/____/_____;

☐ che nei 12 mesi precedenti l'evento per il quale viene richiesta la prestazione l'impresa non ha avuto dipendenti in forza;

☐ che nei 12 mesi precedenti l'evento per il quale viene richiesta la prestazione l'impresa non ha avuto dipendenti nei seguenti mesi _____
_____

NOTA BENE:

- *Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.*

TRATTAMENTO DEI DATI - *Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa privacy, che mi è stata consegnata mediante modulo scritto, e di approvare le finalità e le modalità del trattamento dei dati in conformità al GDPR. Esprimo pertanto il mio consenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, contenuti nella presente domanda per le finalità indicate nell'informativa privacy.*

_____ ____/____/_____ _____
Luogo data Firma del dichiarante