

## DICHIARAZIONE IN MATERIA DI DISABILITA'

Il sottoscritto SALAMONE GIUSEPPE nato a [REDACTED]  
il [REDACTED] C.F. [REDACTED] residente a [REDACTED] Prov. [REDACTED]  
Via [REDACTED] n. [REDACTED] CAP. [REDACTED]  
nella sua qualità di AMMINISTRATORE UNICO  
dell'impresa SIAT SRL  
con sede legale in Via CAVA DI LAURO n. 9  
CAP. 92019 Città SCIACCA Prov. AG  
Cod. Fiscale Impresa 01689690848  
P. IVA (se diversa dal cod. fiscale) 01689690848  
tel. 0925/83988 Fax [REDACTED]  
e-mail amministratore@siatimpianti.com PEC siat@arubapec.it

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione e di falsità in atti e di uso di atti verranno applicate, ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.p.r. n. 445/2000, le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia,

### DICHIARA

- DI NON ESSERE tenuti al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui all'art. 17 Legge 68/99, avendo alle dipendenze un numero di lavoratori inferiore a quindici, al netto delle esclusioni disciplinate dall'art. 5 comma 2 della medesima legge.
- DI ESSERE tenuti al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui all'art. 17 Legge 68/99, avendo alle dipendenze un numero di lavoratori superiore a quindici. In relazione a ciò allega dichiarazione sulla attuale situazione occupazionale attestante il rispetto della normativa di riferimento.

Data Sciacca, 19 marzo 2024

Il Dichiarante

  


N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.