



**REGIONE  
LAZIO**

**COMMISSIONE PROVINCIALE  
PER L'ARTIGIANATO DI FROSINONE**

presso la C.C.I.A.A. di Frosinone-Latina  
Sede di Frosinone, Viale Roma snc - 03100 Frosinone

## 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. n. 445 del 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 in qualità di dipendente/socio artigiano/collaboratore familiare  
(*cancellare la dizione che non interessa*) presso questa ditta dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

**dichiara** di essere stato adibito alle seguenti mansioni di cui alla **legge 82/94**:

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

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

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

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



**REGIONE  
LAZIO**

**COMMISSIONE PROVINCIALE  
PER L'ARTIGIANATO DI FROSINONE**  
presso la C.C.I.A.A. di Frosinone-Latina  
Sede di Frosinone, Viale Roma snc - 03100 Frosinone

**DICHIARAZIONE NON SPONTANEA DEL DATORE DI LAVORO**  
(da compilare e spedire con raccomandata con avviso di ricevimento)

Data \_\_\_\_\_

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

.....

.....

e p.c. **Commissione Provinciale per l'Artigianato  
c/o C.C.I.A.A. di Frosinone/Latina  
Sede di Frosinone viale Roma snc  
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. n. 445 del 2000, i seguenti stati, qualità personali o fatti che sono di propria conoscenza in relazione a quanto di seguito specificato:

- di aver prestato attività lavorativa in qualità di dipendente presso questa ditta dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ riconosciuta dal \_\_\_\_\_
- di essere stato adibito alle seguenti mansioni di cui alla **Legge 82/94**:

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

Tale certificazione, redatta secondo il modello di cui si allega copia – **Modello 1** –, dovrà essere inoltrata, entro e non oltre 15 gg. dal ricevimento della presente, al sottoscritto ed alla *Commissione Provinciale per L'Artigianato c/o C.C.I.A.A. di Frosinone – Viale Roma snc, 03100 Frosinone*.

Decorso inutilmente il termine indicato, quanto dichiarato dal sottoscritto avrà valore ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n. 445 del 2000.

In fede

\_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Datore di lavoro