

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto:

Cognome e nome			
Indirizzo			
Località	CAP	Comune	Prov.
Comune di nascita	data di nascita		
Tel.	Fax	e-mail	

in qualità di dell' Organizzazione denominata:
(segretario, coordinatore, ecc.)

(Indicare la denominazione della Organizzazione a livello nazionale e territoriale)

Appartenente alla tipologia:

- ☐ Organizzazione sindacale dei lavoratori
- ☐ Organizzazione datoriale
- ☐ Ente bilaterale, costituito in forza del CCNL del
- ☐ Organismo paritetico costituito tra:

Organizzazioni sindacali dei lavoratori:

e Organizzazioni datoriali :

- ☐ Associazione nazionale di tutela degli invalidi del lavoro

Con riferimento al progetto di

- ☐ Investimento
- ☐ Formazione
- ☐ Adozione di modelli organizzativi o di responsabilità sociale

presentato dalla Ditta al fine di ottenere un contributo INAIL previsto nell'Avviso pubblico della Regione per l'anno 2010, in attuazione dell'art. 11, comma 5 del D.lgs 81/2008 e D.lgs 106/2009 e registrato al numero progressivo

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

ATTESTA

- Che il progetto suddetto è condiviso dalla scrivente Organizzazione in quanto è volto al miglioramento dei livelli di salute e sicurezza dei lavoratori
- Che il progetto suddetto è stato elaborato e / o realizzato:
 - ☐ con l'intervento diretto di questa Organizzazione
 - ☐ Con l'intervento della Ditta / Impresa / Professionista la cui attività è svolta in collaborazione e fa capo a questa Organizzazione.

Consapevole delle sanzioni stabilite in caso di mendaci dichiarazioni e false attestazioni, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che tutto quanto contenuto nel presente modulo e nei suoi eventuali allegati è corrispondente al vero. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è valida se accompagnata dalla copia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità

IL RAPPRESENTANTE DELL'ORGANIZZAZIONE

.....