

DICHIARAZIONE A CURA DEL DATORE DI LAVORO

**ai fini dell'iscrizione al corso OSS
per lavoratori occupati ai sensi della DGR n. 36-932 del 24/03/2025 e precedenti**

La/il sottoscritta/o _____

consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, essendo a conoscenza della decaduta dei benefici conseguenti all'emanazione del provvedimento basato su dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.)

in qualità di _____

per l'Azienda (Ragione Sociale e tipologia di servizio – es. RSA, Centro Diurno, Comunità Alloggio, ecc..)

con sede in _____

dichiara che la/il sig.ra/sig._____

è assunta/o ai sensi della **DGR n. 36-932 del 24/03/2025 e precedenti**

dal (indicare la data assunzione) _____ al _____

e svolge le seguenti attività (es.: igiene della persona, mobilizzazione, igiene ambientale, alimentazione, ecc.):

Allego alla presente copia di idoneità medica alla mansione del dipendente

Data _____

Timbro e firma dell'Azienda _____