



NIKON EUROPE B.V.

Stroombaan 14, 1181 VX Amstelveen, Paesi Bassi
VAT NL809199889B01 - Reg. imprese Amsterdam n. 34139593

Sede Secondaria: Via San Quirico 300 - 50013 Campi Bisenzio, Firenze
Part.IVA. 07055380484 C.F. 94294570489 - R.E.A. Firenze 676136
Tel.: +39 055 3009601 - Fax: +39 055 300993
e-mail: healthcare.it@nikon.com - pec: nikon.italy@pec.it

Amministrazione +39 055 300933
Oftalmologia +39 055 300945
Industria +39 055 300955
Biologia +39 055 300950
Service +39 055 300980

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di OTTEMPERANZA alle NORME PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI (ART. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto _____, nato a _____ (____) il
_____, _____ (FI____) in Via _____
in qualità di PROCURATORE e legale rappresentante della NIKON EUROPE
BV _____,

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che, ai sensi delle disposizioni di cui alla legge 68/1999 l'impresa NIKON EUROPE BV _____ è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili.

L' Impresa ha un numero di dipendenti pari a 22 unità ed ha ottemperato alle norme di cui alla Legge n. 68/1999, avendo inviato all'ufficio competente il prospetto informativo di cui all'art. 9 della medesima legge dal quale si evince la copertura prevista dalla legge pari a 1 disabile/i.

Si allega il prospetto informativo quale relazione comprovante l'avvenuto assolvimento degli obblighi.

