



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Assessorato del lavoro, formazione professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale



AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA
EX PROVINCIA OLBIA TEMPIO
Legge Regionale 12 marzo 2015, n. 7
Delibera Giunta Regionale n.14/8 del 8.4.2015

ALLEGATO F

**FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DIVERSAMENTE ABILI CONTRIBUTO
AZIONE 1 TER**

COMUNICAZIONE SUPERAMENTO PERIODO DI PROVA

**Spett.le
Amministrazione Straordinaria
Ex Provincia Olbia Tempio
Settore 4 - Ufficio UIM
Via Nanni n. 17/19
07026 - Olbia (OT)**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ nella sua qualità di legale rappresentante della Ditta/Ragione Sociale
_____ con sede legale in _____

Via/Piazza _____

Fax _____ Tel. _____ E.Mail _____

Codice Fiscale Azienda _____ Partita I.V.A _____

**NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DAL D.P.R. 445/2000, ART. 76, IN CASO DI
AFFERMAZIONI MENDACI**

DICHIARA

- a) di aver aderito all'AZIONE 1 TER, per assunzioni a tempo determinato di lavoratori diversamente
abili, e di aver assunto in data _____ il/la
Sig/ra _____

(barrare la casella interessata)

☐ che il lavoratore suddetto ha superato il periodo di prova previsto nel C.C.N.L. (o stabilito tra
le parti in giorni _____)

☐ di aver concordato con il lavoratore di non avvalersi del periodo di prova.

Luogo e data

Timbro e Firma del dichiarante