



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Autocertificazione di disponibilità degli operatori funebri

Ai sensi dell'articolo 74 della Legge Regionale 30/12/2009, n. 33

Il sottoscritto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di avere la disponibilità, mediante stipula di regolare contratto di lavoro, dei seguenti operatori funebri.

operatore

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Attestato per (addetto al trasporto/operatore funebre)

Numero attestato

Data rilascio

Ente di riferimento

operatore

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Attestato per (addetto al trasporto/operatore funebre)

Numero attestato

Data rilascio

Ente di riferimento

operatore

| | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |

| Attestato per (addetto al trasporto/operatore funebre) | Numero attestato | Data rilascio | Ente di riferimento |
|--|------------------|---------------|---------------------|
| | | | |

operatore

| | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | Posta elettronica certificata |

| Attestato per (addetto al trasporto/operatore funebre) | Numero attestato | Data rilascio | Ente di riferimento |
|--|------------------|---------------|---------------------|
| | | | |

Gerenzano

Luogo

Data

il dichiarante