

Dichiarazione sostitutiva

Il sottoscritto **FIOCCHETTI MARIO** nato a **il** **il** residente in
in qualità di Legale rappresentante della Ditta **FIOCCHETTI SCIENTIFIC S.R.L.** con sede legale in
LUZZARA (RE), Via PANAGULIS, n. 68, Codice Fiscale e P.I **00934960352**, ai sensi
dell'art. 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze
civili e penali previste di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o
formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

D I C H I A R A sotto la propria responsabilità

ai sensi dell'art. 46, 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- Che l'impresa ottempera alle norme di cui alla Legge n.68/1999;
- **Che l'Ufficio Disabili di competenza si trova presso PROVINCIA DI REGGIO EMILIA (SERVIZIO LAVORO FORMAZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA) - Via Premuda n.40 - 42123 REGGIO EMILIA; Tel. 0522 700811 ; Fax 0522 304954;**
provinciadireggioemilia@cert.provincia.re.it

Luzzara, 07.06.2024

Il Legale rappresentante
FIOCCHETTI MARIO

Firma digitale sostituita a mezzo stampa, ai
sensi dell'art. 3 comma 2 D. Lgs. 39/93

L'originale del presente atto è conservato presso
l'Ufficio Area Gestione Progetti strategici, Terza
Missione e Comunicazione