(da redigere su carta intestata dell’Istituto scolastico.

Cancellare il testo in rosso sulla Dichiarazione che sarà allegata)

**DICHIARAZIONE DELL’ISTITUTO SCOLASTICO**

**CERTIFICAZIONE DISABILITA’ L. 104/92**

(ALLEGATO 6)

**(da compilare solo in caso di STAGE aziendale e per ogni studente con disabilità ospitato)**

Il sottoscritto … nato a … il … - C.F. …, in qualità di … Dirigente Scolastico / Referente Scolastico per i PCTO / Alternanza Rafforzata (cancellare la qualifica non corrispondente) dell’Istituto (inserire la denominazione dell’ISTITUTO SCOLASTICO) … con sede in …

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci rese con la presente (vedi art. 76 del DPR 445/2000)

DICHIARA

che lo studente … (nome e cognome dello studente) è stato ospitato in STAGE nel periodo che va dal … al … , della durata di n. ore … presso la seguente IMPRESA:

Denominazione: …

Indirizzo sede legale: …

C.F.: …

P/IVA: …

e che, in base alla documentazione disponibile agli atti di questo Istituto scolastico, è persona diversamente abile certificata ai sensi della legge 104/92.

La presente dichiarazione è resa ai fini della liquidazione del contributo, alla sopra citata Impresa, da parte della Camera di Commercio di Venezia Rovigo così come disposto dal Bando voucher per imprese delle province di Venezia e Rovigo per PCTO/Alternanza scuola lavoro con Istituti scolastici di secondo grado e Centri di formazione professionale – 2025”.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante

NB: Allegare copia di un valido documento di identità del sottoscrittore