Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………….. , nato/a a ………………………. (…..) il …../…../…….. , residente a …………………………………………. ( ….. ) in via …………………………………………..……………….…… CAP ……….. , C.F. …………………………………………. Documento di identità n. ………………………………… rilasciato da ……………………………….. il …../…../……. , in qualità di:

⬜ Datore di lavoro/legale rappresentante dell’impresa ………….…………………….………………………….. , con sede a ……………………………………………..

⬜ Delegato dal sig………………………………………………………………………………………….. , datore di lavoro/legale rappresentante dell’impresa………………………………………………………………………………. , con sede a…………………………………………….

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL’ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE E DELLA CONSEGUENTE DECADENZA DEI BENEFICI CONSEGUITI,**

**DICHIARA**

La correttezza e veridicità di tutti i dati inseriti e la conformità agli originali di tutti i documenti allegati alla istanza di cassa integrazione guadagni in deroga, richiesta con la causale COVID-19 nazionale presentata attraverso lo Sportello Digitale della Regione Abruzzo.

Luogo e data ………………….

Il Datore di Lavoro/ Il Delegato

*Firmato digitalmente (opzione preferibile)*

*o in alternativa Firma per esteso e leggibile*

*con allagata copia del documento di identità*

………….……………………….

***(\*) Allegare copia fotostatica del documento d’identità del dichiarante***