

FAC SIMILE DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA E COMPILARE SU UNICA PAGINA

Annesso 4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DATORE DI LAVORO

Spett.le Ufficio Tesseramento - ADR S.p.A.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Art. 46 DPR 28.12.2000 n. 445)

Il sottoscritto/a _____ in qualità di _____
della Società/Ditta _____

dichiara

che per il Signor/a: _____

nato/a _____ Pr () il _____, per il quale è stato richiesto il rilascio della tessera aeroportuale:

- assolve a tutti gli obblighi imposti dalla legge in materia assicurativa e previdenziale per l'intera durata del rapporto di lavoro;
- in caso di interruzione dell'attività lavorativa in ambito aeroportuale del dipendente superiore a 6 mesi, sarà effettuato il "recurrent training" del corso security prima di riprendere il servizio;
- in caso di richiesta di rinnovo del TIA, laddove ricorrano interruzioni contrattuali superiori a 28 giorni, sarà compilato il modulo "Dichiarazione attività professionale, istruzione, formazione e residenza" a cura del dipendente;
- di espletare tutti gli adempimenti previsti dalle normative in tema di "sicurezza e salute nei luoghi di lavoro", con particolare riferimento all'art. 37 del D.Lgs. 81/08.
- di aver adempiuto a quanto previsto dal cap. 6 della Procedura per il rilascio delle tessere aeroportuali.

In caso di dichiarazione mendace, il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28-12-2000 N. 445. Inoltre, prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 "GDPR" i dati di cui sopra vengono raccolti esclusivamente per esigenze di ufficio e non saranno utilizzati per altri scopi senza preventivo consenso dell'interessato. Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa da ADR S.p.A. ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679 (GDPR) presente sul sito www.adr.it ai seguenti link:

FCO: <https://www.adr.it/bsn-tesseramento-fiomicino1>

CIA: <https://www.adr.it/bsn-tesseramento-ciampino1>

Il sottoscritto allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

Datore di lavoro

Nome: _____, Cognome: _____, Qualifica: _____

Firma per esteso (leggibile)

Data: _____