**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………………………………………

nato a…………………………………………. il …………………………………………………………………………….

in qualità di titolare/legale rappresentante

della ditta …………………………………………………………………………………………………………………….

con sede in ………………………………………………………………………………………………………………….

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

 **dichiara**

di aver avviato la procedura prevista per l’utilizzo degli gli ammortizzatori sociali di cui al Dl 18/2020 con

causale COVID 19 (causa non riconducibile al lavoratore) per l’intero orario di lavoro e per tutti i propri

dipendenti per il periodo dal …………………………….. al ………………………………

data Firma