

**ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE DI CONCERTAZIONE PER IL LAVORO
FROSINONE**

DICHIARAZIONE

Denominazione/Ragione sociale dell'Azienda: _____

Legale rappresentante : _____

Partita I.V.A./C.F.

Attività economica: _____

Sede legale: _____ Città: _____ Prov.: _____

C.A.P.: _____ Telefono: _____

La scrivente Azienda dichiara, al fine del rilascio del parere di conformità ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 10 agosto 2006, n. 9, che alla data odierna occupa il seguente organico:

<ul style="list-style-type: none">n. dipendenti in ambito nazionale maschi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> femmine <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>n. lavoratori unità operativa interessata maschi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> femmine <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <p>di cui:</p> <ul style="list-style-type: none">qualificati e specializzati: maschi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> femmine <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>apprendisti maschi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> femmine <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>

Data _____

L'AZIENDA

