

**MODELLO 4**  
**condizione del lavoro.**

Il/LA \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, responsabile della struttura

**residenziale per Persone con Disabilità**

**semiresidenziale per Persone con Disabilità**

(barrare la voce che interessa)

denominata \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_

Descrizione delle condizioni lavorative volte a contrastare l'instabilità del rapporto di lavoro, il turnover degli operatori e le azioni di cura per il mantenimento dell'aspetto motivazionale della Struttura

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione è resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i

Il sottoscritto/a è consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede  
Il Responsabile della struttura