

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI OTTEMPERANZA ALLE NORME PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI (ART. 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto FAUSTO LEONELLI, nato a Roma (RM) il 20.07.1963, in qualità di Legale rappresentante p.t. della società Medilife S.p.A., con sede legale in Roma, (RM), via Francesco Denza 27, codice fiscale e P. IVA: 05626331002, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

### DICHIARA

che questa Impresa, è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68;

E che tale situazione può essere verificata presso il seguente ufficio competente:

UFFICIO SILD - SEDE DI ROMA, VIA RAIMONDO SCINTU NR. 106 CAP. 00173 ROMA (RM) - [sildcpicentro@regione.lazio.legalmail.it](mailto:sildcpicentro@regione.lazio.legalmail.it)

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art.2, comma 2, del D.P.R. 403/98 e degli artt. 18, 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Roma, 10.07.2025

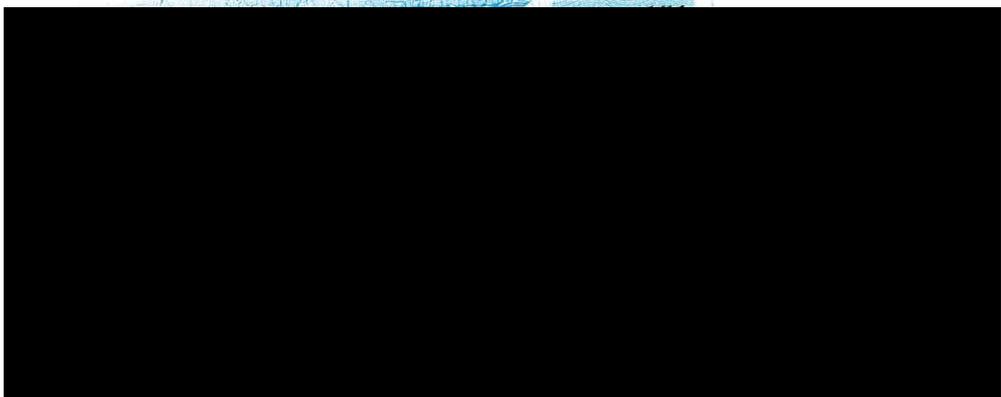
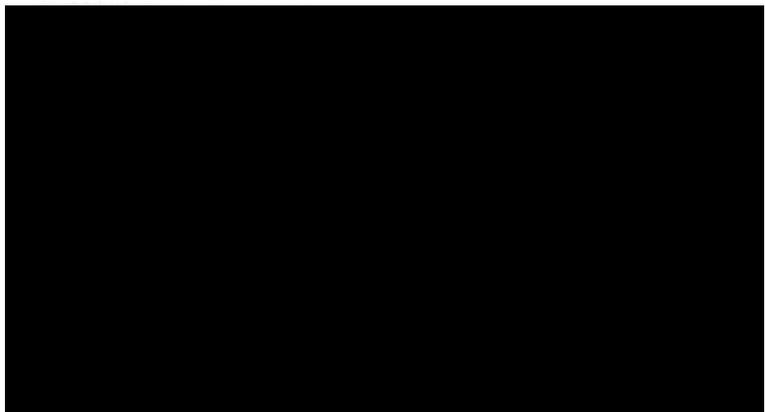
Fausto Leonelli n.q.

**Medilife S.p.A.**

Sede Legale Via Francesco Denza, 27 - 00197 Roma

Sede Operativa Via Bruno Pontecorvo, 14 – 00012 Guidonia Montecelio (Rm)

Tel. 06 47884809 - Fax 06 47884772 • P.IVA 05626331002



**Medilife S.p.A.**

Sede Legale Via Francesco Denza, 27 - 00197 Roma

Sede Operativa Via Bruno Pontecorvo, 14 – 00012 Guidonia Montecelio (Rm)

Tel. 06 47884809 - Fax 06 47884772 • P.IVA 05626331002