

Spett.le
Servizi per il Lavoro di Arezzo e
Siena
Ufficio Collocamento Mirato di _____

OGGETTO: richiesta liquidazione del contributo pubblico a valere su "AVVISO PUBBLICO PER CONTRIBUTI ALL'OCCUPAZIONE A VALERE SUL FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DISABILI"

Il/La sottoscritt _____ c. fiscale _____

Nato/a a _____ (Prov. ____) il ____ / ____ / ____

residente in _____ (Prov. ____) Cap _____

Via _____

In qualità di:

Legale rappresentante di _____

con sede legale nel Comune di _____ Cap _____ (Prov. _)

Via _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____

Iscrizione C.C.I.A.A. _____

Soggetta agli obblighi di cui alla L. 68/99 SI NO

CHIEDE LA LIQUIDAZIONE del contributo con la seguente modalità:

- rimborso dell'80% del contributo pubblico approvato
- liquidazione del 20% del contributo pubblico a saldo

versamento da effettuare tramite cod. Iban

Allega:

- dichiarazione di assunzione/i
- autocertificazione attestante la permanenza in forza del/i soggetto/i individuato/i nel progetto di inserimento lavorativo
- documentazione attestante la spesa come da scheda/e progettuale/i approvata/e;
- Copia di un documento di identità del dichiarante;

Luogo, data

Firma soggetto ospitante
