

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

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:

- l'erogazione di Euro _____ quale rimborso forfetario (barrare):
 parziale / totale dell'importo forfetario
- a titolo di rimborso spese corrisposto al tirocinante nel periodo (indicare mese ed anno. Se l'importo si riferisce a più anni diversi specificare l'importo riferito ad ogni anno) _____

A tal fine dichiara, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi così come disposto dall'art.76 del DPR n.445/2000:

- 🕒 nome e cognome del tirocinante _____
- 🕒 data e luogo di nascita del tirocinante: _____
- residenza del tirocinante (via, cap, città, provincia): _____

