

**Richiesta liquidazione del contributo pubblico
(da replicare per ciascun lavoratore)**

Spett.le
Servizi per il Lavoro di Pisa e Massa Carrara
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. _____

CHIEDE LA LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO PUBBLICO

ammesso con Decreto Dirigenziale n.....del per il lavoratore sotto riportato:

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE LA LIQUIDAZIONE del contributo con la seguente modalità:

- ANTICIPO** del 40% dell'importo del contributo totale concesso
- SALDO** del 60% dell'importo del contributo totale concesso
- UNICA LIQUIDAZIONE** del 100% dell'importo del contributo totale concesso (*)
- TOTALE** in caso di tirocinio

