

Spett.le  
Servizi per il Lavoro di Firenze e Prato  
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

\_\_\_\_\_