

Spett.le

Servizi per il Lavoro di GROSSETO E
LIVORNO
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: _____

