

**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 \_\_\_\_\_  
[arti@postacert.toscana.it](mailto:arti@postacert.toscana.it)

**OGGETTO: richiesta liquidazione del contributo pubblico a valere su “FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DEI DISABILI - AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AI DATORI DI LAVORO PRIVATI - LEGGE 68/99” - anno 2024**

Il/La sottoscritt _____	c. fiscale _____
Nato/a a _____ (Prov. ____)	il ___ / ___ / ___
residente in _____ (Prov. ____)	Cap _____
Via _____	

In qualità di:

Legale rappresentante dell'azienda _____
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**

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

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

**con la seguente modalità e nel rispetto delle tempistiche previste dall'art.14 dell' avviso:**

- PRIMA RATA** fino al 40% dell'importo del contributo totale concesso
- SALDO** del restante importo del contributo totale concesso
- UNICA LIQUIDAZIONE** del 100% dell'importo del contributo totale concesso
- UNICA LIQUIDAZIONE** in caso di tirocinio

