

Spett. Provincia di Sondrio
Servizio mercato del lavoro
Collocamento Mirato

PEC: protocollo@cert.provincia.so.it

DOMANDA PRENOTAZIONE INCENTIVO ATTIVAZIONE TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a

| | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante <input type="checkbox"/> soggetto delegato con potere di firma | |
| Cognome | Nome |
| CF | Ruolo |
| Recapito telefonico | e-mail |

| | | |
|------------------------------|-------|-----|
| Operatore accreditato | | |
| Ragione sociale | | |
| CF/ P.Iva | | |
| Sede Legale | | |
| indirizzo | | n. |
| CAP | Prov. | Pec |
| sezione albo regionale | | ID |

CHIEDO

in riferimento al percorso di Dote Lavoro persone con disabilità – DULD piano disabili Itinerari ____ attivato a favore di

| | |
|---------------------|-------------------|
| Destinatario | |
| Cognome | Nome |
| CF | Fascia |
| Nato a | Il |
| Data avvio: | Data conclusione: |

la prenotazione dell'incentivo attivazione tirocinio per l'importo di € _____

A tal fine dichiaro:

Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

| | |
|--|------------------------------------|
| Di aver realizzato, coerentemente con il PIP prenotato, i seguenti servizi | |
| Che è stato attivato un tirocinio in data _____ presso | Denominazione: |
| | Sede legale: |
| | P.iva: |
| | azienda in obbligo Si ____ No ____ |
| Tirocinio | Mansione |
| | Durata |
| | Orario |

LUOGO e DATA _____

_____ Firma digitale Operatore Accreditato _____