

Spett. Provincia di Sondrio
Servizio mercato del lavoro
Collocamento Mirato

PEC: protocollo@cert.provincia.so.it

DOMANDA LIQUIDAZIONE DOTE LAVORO PERSONE CON DISABILITÀ
PIANO DISABILI ITINERARI _____

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

Saldo 100% Dote Lavoro Persone con Disabilità – DULD ITINERARI _____

Come di seguito specificato:

C.F. Beneficiario dote	Data inizio PIP	Data conclusione PIP	Importo
Totale			

Saldo 100% servizi a risultato Dote Lavoro Persone con Disabilità – DULD ITINERARI _____

Come di seguito specificato:

C.F. Beneficiario dote	Servizio / Dote	Importo
Totale		

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

DICHIARO

- che i servizi erogati sono conformi agli standard provinciali e regionali;
- che gli importi richiesti sono entro i limiti fissati dall'avviso e dalla dote assegnata ai destinatari;
- che per i servizi riconosciuti a risultato è stato raggiunto il risultato previsto;
- che i servizi erogati sono documentati secondo le indicazioni contenute nel Manuale Operatore, con specifico riferimento alle ore erogate, e che la relativa documentazione è conservata in originale presso l'Operatore beneficiario;
- di essere consapevole che i documenti comprovanti l'erogazione del servizio possono essere richiesti dalla Provincia in qualunque momento.

Consapevole della facoltà della Provincia di rivalersi sulle parti interessate in caso di irregolarità, sottoscrivo la presente domanda di liquidazione per accettazione, dichiarando che la presente domanda di liquidazione è stata formulata nel rispetto delle modalità previste nell'Avviso e nel Manuale Operatore e in conformità a quanto previsto nel PIP.

[] Allegati: n. _____ "certificazione esito servizi a risultato" [Allegato 10]

LUOGO e DATA _____

_____ Firma digitale Operatore Accreditato _____