



ALLEGATO (D)

MARCA DA BOLLO*
16,00 €
* Se esenti indicare
eventuali riferimenti
normativi di esenzione
dall'applicazione del
bollo

Alla Provincia di Imperia
Settore Centri per l'Impiego,
Programmazione e Progetti Comunitari
Ufficio Collocamento Mirato
Piazza Roma n. 2
18100 Imperia

**ATTUAZIONE DI TIROCINI DI INSERIMENTO/REINSERIMENTO LAVORATIVO RISERVATI A PERSONE CON
DISABILITÀ E DESTINATI AD AZIENDE PRIVATE OPERANTI NEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI IMPERIA
FINANZIATI CON IL FONDO REGIONALE PER L'OCCUPAZIONE DELLE PERSONE DISABILI DI CUI ALL'ART. 14
DELLA LEGGE 68/99**

Oggetto: Domanda di rimborso indennità erogate.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

_____ n. _____ Tel. _____

In qualità di legale rappresentante dell'Azienda _____

P.I./C.F. _____ con sede legale in _____

in Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____ (campi obbligatori)

E-mail _____ P.E.C. _____ (campi obbligatori)

Referente da contattare per la pratica in oggetto _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di € _____ (max € 2.400,00) erogata al/la tirocinante sig./ra

_____ durante il percorso formativo

(convenzione n. _____ del _____)

(LUOGO)

(DATA)

TIMBRO E FIRMA

Si autorizza al trattamento dei dati personali come previsto ai sensi dell'art 13 del D.lgs 196/03.

(LUOGO)

(DATA)

TIMBRO E FIRMA

Si allega: Fotocopia di documento di identità valido del titolare o rappresentante legale