



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE  
DIREZIONE GENERALE - SERVIZIO ATTIVITA' TERRITORIALI

POR FSE 2014/2020

AVVISO SERVIZI PER LA CREAZIONE D'IMPRESA  
PROGRAMMA "IMPRINTING"

Mod. 1.2

## DOMANDA DI EROGAZIONE VOUCHER

Servizi ex post - Accompagnamento allo start up di nuove iniziative d'impresa e al trasferimento d'azienda

Spett.le **Regione Autonoma della Sardegna**

Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,  
Cooperazione e Sicurezza Sociale  
Servizio Attività Territoriali  
Via Caravaggio s.n, 09121 Cagliari

ID \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a .....(Nome).....(Cognome)

nato/a a (Comune) ..... (Provincia).....

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Codice Fiscale** \_\_\_\_\_  
(gg/mm/aaaa)

Sesso  M  F

presenta domanda di erogazione voucher per i servizi ex post – Accompagnamento allo start up di nuove iniziative d'impresa e al trasferimento d'azienda

**Ambito d'intervento** (barrare la casella d'interesse)

- Creazione d'impresa  
 Trasferimento d'azienda

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole del fatto che in caso di mendace dichiarazione decadrà automaticamente dalla concessione del voucher e incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci

## DICHIARA

- **di essere residente in:**  
Via/Piazza ..... n° ..... Comune .....
- C.A.P. .... Provincia .....
- **di avere il domicilio in:** *(solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)*  
Via/Piazza ..... n° ..... Comune .....
- C.A.P. .... Provincia .....
- **di voler essere contattato attraverso uno dei seguenti recapiti:**  
Tel. Abitazione ...../.....Tel. Cellulare ...../.....  
e-mail .....
- **di essere disoccupato ex D.Lgs 150/2015:**
- **di aver rilasciato la "Dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro" in data** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|
- **di aver sottoscritto il Patto di Servizio in data** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| presso il Centro per l'Impiego di .....
- **di essere titolare del finanziamento del Fondo Microcredito FSE di cui alla delibera di concessione n.....del.....**

## DICHIARA ALTRESI'

- di accettare integralmente le norme di gestione del voucher e di essere consapevole degli adempimenti richiesti dall'Avviso e dall'Avviso Informativo, nessuno escluso;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali sulla base del D. Lgs. 196/03 e s.m.i.

Allega:

- copia della carta identità in corso di validità

Luogo e data .....

Firma

.....  
*(Firma per esteso e leggibile)*

Operatore \_\_\_\_\_  
*(cognome e nome)* *(firma)*

CPLF \_\_\_\_\_

