



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

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

Mod. 8.2

Oggetto: **Avviso “Servizi per la creazione d’impresa - Programma Imprinting”. Istanza di liquidazione voucher EX POST CONCILIAZIONE VITA-LAVORO.**

Il/La sottoscritto/a nato/a a (.....)

il, Codice Fiscale, destinatario del voucher ID

Denominazione dell'attività imprenditoriale avviata¹

Con sede in Via

Ragione sociale P.IVA

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

la liquidazione del voucher ID _____ per i servizi ex post di “Conciliazione vita-lavoro”.

A tal fine dichiara che, la liquidazione di cui alla presente istanza rappresenta:

- 1^ tranche, relativa all'anno 20__, pari a € _____,00 (Euro _____//00)
- 2^ tranche, relativa all'anno 20__, pari a € _____,00 (Euro _____//00)
- saldo, pari a € _____,00 (Euro _____//00)

previsti nell'Avviso di cui all'oggetto, descritti nel “Piano di utilizzo del voucher conciliazione vita-lavoro” e risultanti dalle spese effettivamente sostenute per la fruizione dei servizi di conciliazione vita-lavoro.

¹ Si intende l'iscrizione all'Agenzia delle Entrate con l'attribuzione di Partita IVA e/o l'iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allega la seguente documentazione comprovante l'effettivo pagamento dei servizi (*contratti, fatture, bonifici bancari, etc*):

- Documento di identità, in corso di validità.
-
-

DATI PER L'ACCREDITO IN CONTO CORRENTE BANCARIO

Intestatario del c/c	
Istituto di credito	
Codice IBAN	

PERSONE AUTORIZZATE AD OPERARE SUL MEDESIMO C/C

1	Nome e Cognome	
	Codice fiscale	
	Sesso	M F
	Data di nascita	
	Luogo di nascita	

2	Nome e Cognome	
	Codice fiscale	
	Sesso	M F
	Data di nascita	

Il richiedente
Nome e Cognome

Firma