



PIANO PROVINCIALE PER IL SOSTEGNO E L'INSERIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE DISABILI
ANNO

DOMANDA DI ACCERTAMENTO REQUISITI DESTINATARIO

Alla Provincia di Cremona

Il sottoscritto,

COGNOME

NOME

NATO A

IL

CODICE FISCALE

in qualità di ☐ rappresentante legale / ☐ *soggetto con potere di firma* dell'operatore seguente:

RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE

ID OPERATORE/ANNO ISCRIZIONE

N. ISCRIZIONE

DATA ISCRIZIONE

Unità organizzativa

INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

CHIEDO

l'accertamento dei requisiti per la partecipazione all'avviso dote relativo al destinatario
 di cui all'allegata DICHIARAZIONE DELLO STATO
OCCUPAZIONALE DEL DESTINATARIO.

Si prega di trasmettere la risposta al seguente indirizzo email:

In fede.

(luogo)

, lì

(data)

Allegati n. :

- ☐ procura del potere di firma²;
- ☐ autocertificazione rilasciata dal destinatario relativa allo stato occupazionale con modulo "DICHIARAZIONE DELLO STATO OCCUPAZIONALE DEL DESTINATARIO";
- ☐ altro:

¹ Le modalità di firma e di invio sono descritte nel manuale operatore.

² In caso di procura del potere di firma non ancora comunicata alla Provincia, allegare la scansione in PDF della procura completa di carta d'identità del rappresentante legale o allegare il file PDF della procura con firma CRS o digitale del rappresentante legale. Tale documentazione sarà ritenuta utile per l'inoltro di tutte le altre istanze. E' da aggiornare in caso di firma da parte di altro procuratore.