



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

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PER SERVIZI DI ACCOMPAGNAMENTO
DISABILI PSICHICI OCCUPATI NELLE COOPERATIVE SOCIALI**

Alla Provincia di Cremona

Il sottoscritto,

COGNOME	NOME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NATO A	IL	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

in qualità di ☐ rappresentante legale / ☐ soggetto con potere di firma della cooperativa sociale seguente:

DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sede

INDIRIZZO, CAP, COMUNE, PROVINCIA

TELEFONO - FAX

in riferimento al seguente destinatario in carico alla cooperativa:

COGNOME	NOME		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NATO A	IL	CODICE FISCALE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DATA DI ASSUNZIONE	TIPO RAPPORTO	TIPO TEMPO	SE IL RAPPORTO E' DETERMINATO, CON SCADENZA IL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

titolare del PIP/DOPE n. di cui all'avviso (scegliere dall'elenco):

CHIEDO

il riconoscimento dell'importo sotto riportato come di seguito specificato:

Servizi di accompagnamento				
Accompagnatore (cognome e nome)	Descrizione del servizio	Ore	Costo orario	Importo richiesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale importo richiesto per i servizi di accompagnamento				<input type="text"/>

Tale importo dovrà essere accreditato sul seguente c/c:

BANCA

AGENZIA

CODICE IBAN

INTESTATO A

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 dati comunicati con la presente domanda corrispondono alla documentazione relativa ai costi per gli accompagnatori dipendenti. Le ore di accompagnamento corrispondono alla somma delle ore risultanti dai diari settimanali sottoscritti dagli accompagnatori;
- che i contributi richiesti rientrano nei limiti della vigente normativa in materia di aiuti di Stato (Reg. CE 800/08).

ALLEGRO

- documento unico di regolarità contributiva (DURC) in corso di validità o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi degli art. 47 e 76 D.P.R. n. 445/2000, nella quale l'operatore dichiara di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi ai sensi di quanto disposto dalla circolare INPS n. 122 del 30.12.2005;

(luogo)

(data)

¹
(il datore di lavoro)

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.

¹
(l'operatore)

Allegati n. :

- ☐ procura del potere di firma²;
- ☐ copia della carta d'identità del soggetto firmatario per il datore di lavoro (in assenza di firma con CRS/digitale);
- ☐ altro:

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

² Per l'operatore: 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.