REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

Allegato B al Decreto n. 425 **del** - 4 SET. 2018

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE LAVORO

FORMULARIO RELATIVO ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO DEI COSTI SOSTENUTI PER LA RESIDENZIALITÀ, DA PERSONE RESIDENTI IN VENETO, PER LA PARTECIPAZIONE A CORSI FUORI REGIONE PER CENTRALINISTA TELEFONICO NON VEDENTE

(DGR n. 1042 del 17 luglio 2018)

(La richiesta di rimborso deve essere presentata entro 90 giorni dalla fine del corso, con una delle seguenti modalità: P.E.C, raccomandata A.R., consegna a mano al protocollo regionale al seguente indirizzo: Fondamenta S. Lucia, Cannaregio 23 – 30121 Venezia.)

alla Regione del Veneto
Direzione Lavoro
lavoro@pec.regione.veneto.it

Marca da bollo da € 16,00

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato a _____ il _____/_____/_____, residente a _____

prov. _____, al seguente indirizzo_____

domiciliato (compilare se il domicilio è diverso dalla residenza) a _____ prov. ___

al seguente indirizzo _____ dal_____/_____/_____
(il rimborso può essere riconosciuto solo a chi era già residente o domiciliato in Veneto al momento dell'iscrizione al corso)

Dichiara

- di aver frequentato il corso per l'acquisizione del diploma di centralinista telefonico per la successiva iscrizione all'elenco dei centralinisti ciechi organizzato dal seguente ente _____ _____ presso la sede di _____ provincia _____;
- che il corso frequentato è iniziato il ____/____/_____ (il corso deve essere iniziato nel 2018);
- di aver sostenuto una spesa di € _____ per la residenzialità (vitto e alloggio) relativa alla frequenza del corso (come dimostrato dalla documentazione allegata alla presente);

Chiede:

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE LAVORO

❑ Il rimborso delle spese per la residenzialità sostenute per la frequenza del corso sopracitato.

a tal fine dichiara

❑ di non aver ricevuto altri rimborsi/incentivi per la residenzialità relativa al corso frequentato;

❑ di aver già ricevuto la seguente somma come contributo per le spese sostenute per la residenzialità relativa al corso frequentato: € _____ (in questo caso il rimborso erogato sarà pari alla spesa sostenuta meno il contributo già ricevuto).

Per l'erogazione del rimborso si indica il seguente Iban intestato a _____

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Il sottoscritto dichiara inoltre che le informazioni sopra riportate sono vere, di essere consapevole della responsabilità penale cui può incorrere ai sensi del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso visione della DGR 1042/2018 "*Fondo regionale per l'occupazione dei disabili annualità 2018-2019. Ampliamento degli interventi previdti con la DGR n. 1788/2017.*" che regola l'intervento a cui chiede di essere ammesso.

.

FIRMA

Data _____ _____

ALLEGA:

❑ fotocopia del documento di identità in corso di validità;

❑ documentazione comprovante la frequenza del corso nonché le spese sostenute per la residenzialità relativa al corso;

❑ (eventuale) documentazione relativa a contributi già ottenuti per le spese sostenute per la residenzialità relativa al corso frequentato.