

FONDO SOCIALE EUROPEO 2014-2020

Avviso

"Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori"

Allegato 8 DOMANDA DI PAGAMENTO

Codice identificativo di progetto

Io sottoscritto _____, nato a _____ (____), il ____/____/____ e residente nel Comune di _____, Prov _____, CAP _____, in via _____, _____, in qualità di rappresentante legale o altro soggetto con potere di firma del Soggetto accreditato _____, ai sensi della DGR 198/2014 e s.m.i., rif. Determinazione regionale di accreditamento _____,

CHIEDO

Il pagamento della fattura n. _____ del _____ emessa per il rimborso delle attività realizzate dal Soggetto accreditato suindicato a valere sull'Avviso "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori", per un importo pari ad euro _____

Luogo e data

Firma

Legale Rappresentante o altro
soggetto con poteri di firma (*)

Allega

- copia della fattura elettronica trasmessa tramite l'applicativo regionale
- copia del documento d'identità in corso di validità.