



Allegato 9
SOSPENSIONE ATTIVITA'

PO CAMPANIA FSE 2007/2013
Asse II Obiettivo Specifico E Obiettivo Operativo E3
Delibera di G.R. n. 1262 del 15/07/2009

Oggetto: *Richiesta sospensione attività. Programma Work Experience*

Ammissione al finanziamento I Fase DD 20 del 22/03/2011

BORSA LAVORO PROT. N. _____ **DEL** _____ \ _____ \ _____

Il/La sottoscritto/a.....nato/a aprovincia, il
...../...../..... Codice. Fiscale in qualità di legale rappresentante
dell'Organismo (inserire denominazione) Codice Fiscale
..... Partita IVA con sede legale in
..... provincia alla via n.

Avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR28/12/2000, n. 445 e s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci, il sottoscritto, sotto la propria personale responsabilità

CHIEDE

L'autorizzazione alla sospensione dell'attività di Work Experience prevista per:

- ☐ Il giorno ____/____/____
- ☐ I giorni ____/____/____ e ____/____/____
- ☐ Il periodo da ____/____/____ a ____/____/____

A tal fine, **DICHIARA**

Che l'attività di Work Experience non potrà essere svolta per le ragioni di seguito richiamate non imputabili al borsista:

- ☐ Evento straordinario accorso alla sede operativa di svolgimento dell'attività _____
- ☐ Festa patronale _____
- ☐ Chiusura aziendale per _____
- ☐ Riunioni sindacali riferita alla problematica inerente _____
- ☐ Altro _____

A tal riguardo, allega opportuna certificazione/planimetria e/o pianta dei locali interessati/convocazioni aziendali o sindacali, dichiarazione puntuale dell'evento sopra indicato utile a consentire la sospensione del calcolo delle assenze al borsista:

- ☐ _____ (denominazione e codice fiscale)
- ☐ _____ (denominazione e codice fiscale)
- ☐ _____ (denominazione e codice fiscale)

Luogo e data

firma del Legale Rappresentante - Timbro azienda
