



Allegato 10
PROROGA 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.

nella piena consapevolezza che l'Avviso Pubblico del Programma di Work Experience autorizzato con DD 133/2010 sancisce che il periodo di proroga non possa superare le 6 mensilità e deve comunque corrispondere al periodo di sospensioni accordate,

CHIEDE

La concessione di n. _____ giorni di proroga.

A tal fine, **DICHIARA:**

di avere chiesto ed ottenuto autorizzazione per la sospensione dell'attività per complessivi:

☐ n. giorni _____ (specificare anche i giorni/periodi di sospensione autorizzati)

Il sottoscritto è consapevole che la mancata coincidenza del periodo di proroga richiesto con il periodo di sospensioni accordate in fase di attuazione della Work Experience ovvero il calcolo errato comporta l'automatico rigetto ed il contestuale annullamento della pratica.

Luogo e data

firma del Legale Rappresentante - Timbro azienda
