

**AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A SOSTEGNO ALLA MOBILITÀ CASA/LAVORO NEL PERIODO RICOMPRESO TRA IL 01/01/2024 ED IL 31/12/2024 PER SOGGETTI DISABILI RESIDENTI NEL DISTRETTO DI LEVANTE.**  
**(ai sensi della DGR 905 del 27/05/2024)**

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) \_\_\_\_\_

in qualità di:

Responsabile dei Servizi Sociali  Assistente Sociale  Educatore/Educatrice

del:  Comune \_\_\_\_\_  Unione \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

per il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_

- l'inserimento lavorativo per l'anno 2024 con il seguente:

tirocinio formativo

data inizio \_\_\_\_\_ data termine \_\_\_\_\_

progetto socio-educativo individualizzato per l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo

data inizio \_\_\_\_\_ data termine \_\_\_\_\_

presso:  Ditta  Ente  altro

\_\_\_\_\_ (indicare Ragione Sociale)

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

- che nel periodo tra il 01/01/2024 ed il 31/12/2024 il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_

ha effettuato numero \_\_\_\_\_ giorni di servizio in presenza effettiva presso la sede di lavoro sita

in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_.

Luogo, data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_