

ALLEANZA LOCALE DI CONCILIAZIONE

Ambito Bassa Bresciana Orientale - Ambito Bassa Bresciana Centrale - Ambito Bassa Bresciana Occidentale -
Ambito del Garda – Ambito Valle Sabbia

DOMANDA

PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER, A FAVORE DEI LAVORATORI DELLE IMPRESE DELL'ALLEANZA LOCALE, A
PARZIALE COPERTURA DEGLI ONERI SOSTENUTI PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI DI CURA E SOCIO-EDUCATIVI
ASSISTENZIALI DESTINATI A MINORI FINO AI 14 ANNI E PER SERVIZI DI CURA PER ANZIANI E DISABILI.

PERIODO 01.01.2021/31.12.2021

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto datore di lavoro

nome _____ cognome _____

in qualità di _____ (titolare, legale rappresentante, procuratore, institore, altro)

dell'ente/impresa _____

con sede a _____ (_____)

DICHIARA CHE

il signor / la signora

nome _____ cognome _____

svolge la propria attività presso la sede operativa ubicata nel comune di _____

luogo e data

timbro e firma
