

**Modello R/Patenti**

**GARANZIA OCCUPABILITA’ DEI LAVORATORI - GOL - REGIONE UMBRIA**

**DOMANDA DI RIMBORSO AUTOSCUOLE PER CORSI EROGATI**

**A BENEFICIARI DEL PERCORSO 3 IN CARICO AI CPI**

**Oggetto: comunicazione avvio attività formative**

**□ Corso C+CQC - codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ Corso D+CQC - codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(da inviare almeno 7 gg. prima dell’avvio)*

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante dell’Autoscuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per gli adempimenti di competenza trasmette la sotto elencata documentazione:

* comunicazione della data di inizio e sede di svolgimento
* elenco degli allievi, con indicazione del Nome e Cognome, Codice Fiscale, CPI di riferimento, Codice Patto di servizio – Assegno GOL e data di rilascio
* calendario di svolgimento delle attività

Distinti saluti

Luogo e data

Il Legale rappresentante

(ai sensi dell’Art 76 DPR 445/2000)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_