**Allegato 2 - Rinuncia**

***Alla Regione Toscana***

*Settore Programmazione in materia di Iefp,*

*Apprendistato, Tirocini, Formazione Continua,   
Territoriale e Individuale*

**POR FSE 2014-2020 – AVVISO PER LA CONCESSIONE DI UN’INDENNITA’ STRAORDINARIA FSE AI TIROCINANTI E AI PRATICANTI I CUI TIROCINI SONO SOSPESI PER EFFETTO DELLE MISURE DI CONTENIMENTO DELL’EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19.**

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato in (*se diverso dalla residenza*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

@mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ |\_ | \_ |\_ |\_ |\_ |\_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |\_ | \_ |

in qualità di **soggetto destinatario** dell’indennità straordinaria ai tirocinanti e ai praticanti a valere su "**POR FSE 2014-2020 – AVVISO PER LA CONCESSIONE DI UN’INDENNITA’ STRAORDINARIA FSE AI TIROCINANTI E AI PRATICANTI I CUI TIROCINI SONO SOSPESI PER EFFETTO DELLE MISURE DI CONTENIMENTO DELL’EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19,** *approvato con Decreto Dirigenziale n. ……………………..del ………………………….*

*(indicare gli estremi del Decreto Dirigenziale di ammissibilità al finanziamento e contestuale impegno di spesa)*

**DICHIARA**

di rinunciare all’indennità assegnata pari a € ………………………………………………………….

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

(*allegare copia di un documento di identità)*