

ALLEGATO A.5

**AVVISO PUBBLICO**

**“LOMBARDIA PER LE DONNE – VOUCHER SERVIZI DI CURA”**

PROGRAMMA REGIONALE FSE+ 2014-2020  
(PRIORITÀ 1, ESO4.1, AZIONE A.1)

Decreto n. .... del .....

**COMUNICAZIONE DI RINUNCIA AL CONTRIBUTO**

Spett.le Regione Lombardia  
Piazza Città di Lombardia, 1  
20124 - Milano

ID DOMANDA \_\_\_\_\_

CUP: E81D24000540009

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000; sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di rinunciare alla domanda di contributo ID \_\_\_\_\_ autorizzata in data \_\_\_\_\_, relativa a Voucher Servizi di cura per un importo concesso pari a € \_\_\_\_\_

per le seguenti motivazioni \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali come da Informativa ex art. 13 del D.Lgs n. 196/2003, novellato dal D.Lgs. 101/2018 e Regolamento (UE) n. 2016/679

Luogo e data \_\_\_\_\_