

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 _____