

Allegato 4

FORMAT LETTERA DISPONIBILITA' COOPERATIVA SOCIALE DI TIPO B

Datore di lavoro - anno 2024-2025

(su carta intestata Cooperativa)

Da presentarsi nel caso di Cooperativa sociale di tipo B datrice di lavoro disponibile a confermare la candidatura del proprio dipendente

NOTE UNICA LAVORO PERSONE CON DISABILITÀ - PIANO LIFT

Il/la sottoscritto/a _____

in nome e per conto della Cooperativa _____

datore di lavoro del sig./sig.ra _____

nato/a _____

il _____

occupato presso la sede in via _____

Comune _____

Conferma

la candidatura del proprio dipendente per l'assegnazione della Dote Unica Lavoro Persone con Disabilità della Provincia di Monza e della Brianza - Piano LIFT dedicata ai servizi di sostegno alle persone occupate

- dichiara di partecipare alla realizzazione dei servizi in partenariato con l'Operatore accreditato del Catalogo provinciale LIFT _____
(da barrare solo nel caso di lavoratori dipendenti con disabilità di tipo psichico).

Data _____

Firma datore di lavoro _____

Riferimenti:

E-mail: _____ Tel. _____