

Regione
Siciliana



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI



Fondo Sociale Europeo

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 13
PON INCLUSIONE

Spazio riservato al Comune Prot. n. _____ data: _____

Ai Servizi Sociali del Comune di _____

Oggetto: PON Inclusion, annualità 2014- 2020; domanda di finanziamento start up cooperativa sociale di tipo B.

Il/la sottoscritt_ _____ C.F. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

e residente a _____ Prov. di _____

in Via _____ N° _____ tel. _____

cell. _____ email _____;

Visto l'avviso pubblico del _____

CHIEDE

di essere ammesso al finanziamento della start up finalizzata alla creazione di una cooperativa sociale di tipo B e, pertanto, di volere **valutare l'allegato business plan** che oltre ad essere conforme alle indicazioni descritte nell'avviso pubblico, indica il numero dei soci fondatori che faranno parte della compagine sociale e la quota percentuale di soci fondatori e/o lavoratori (non inferiore al 30%) afferenti ai beneficiari di carta SIA/REI indicati nelle liste di ogni singolo comune del distretto 13 di Caltagirone.

Luogo e data _____

_____ firma del richiedente