**Allegato 2.F – Comunicazione di Rinuncia tacita**

|  |
| --- |
| TITOLO INIZIATIVA  DI CUI AL DECRETO N. XX DEL gg/mese/anno  **Comunicazione di Rinuncia Tacita**  DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità Piazza Città di Lombardia, 1 20124, Milano  Cf beneficiario:  Denominazione beneficiario:  Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_ in via/P.za \_\_\_\_ n° \_\_ C.A.P. \_\_\_\_, domiciliato a \_\_\_\_\_\_ in via/P.za \_\_\_\_ n° \_\_ C.A.P. \_\_\_\_, (se diverso dalla residenza), codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_  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;  in qualità di:  ☐ Legale rappresentante  ☐ Delegato con poteri di rappresentanza  dell’Ente (*Denominazione/Ragione sociale*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. con sede legale in via \_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_CF \_\_\_\_\_\_P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_\_\_\_  COMUNICA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’   * di procedere con la comunicazione di rinuncia tacita della dote ID \_\_\_\_\_ Intestata al destinatario/a \_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_ in Via/P.za \_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_\_ in Via/P.za \_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ (*se diverso dalla residenza)* tel \_\_\_\_\_   a seguito di ripetute assenze, maggiori ai tre giorni non giustificati anche non consecutivi del destinatario.;   * che la data dell’ultimo giorno di servizio è stata il \_\_\_\_\_\_   DICHIARA INOLTRE   * di aver informato il/la destinatario/a, in sede di sottoscrizione del Contratto di Servizio Civile Regionale che rinunciando al percorso lo/la stesso/a non avrà la possibilità di aderire nuovamente al Programma Garanzia Giovani - Misura Servizio Civile   Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_  FIRMA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |