



COMUNE DI SANTA MARGHERITA DI BELICE  
Libero Consorzio Comunale di Agrigento



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO  
**SICILIA 2020**  
PROGRAMMA OPERATIVO



Misure di sostegno all'emergenza socio-assistenziale da Covid-19 ai sensi della deliberazione della giunta Regionale della Regione Siciliana n. 124 del 28/03/2020 e del conseguente D.D.G.n. 304 del 4 Aprile 2020 - PO FSE SICILIA 2014-2020

CIP 2014.IT.0.SFO.014/2/9.1/7.1.1/0057 - CUP D51E20000010006

**ELENCO IN ORDINE ALFABETICO DEGLI ESCLUSI**

Allegato "B"

n	COGNOME E NOME		LUOGO E DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE	MOTIVAZIONE
1	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Rinuncia con autocertificazione in data 15/12/2020
2	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Rinuncia con email del 11/12/2020
3	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Rinuncia con autocertificazione in data 15/12/2020
4	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Rinuncia telefonica 11/12/2020
5	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
6	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
7	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Mancato utilizzo buoni assegnati mese precedente
8	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
9	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
10	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio



COMUNE DI SANTA MARGHERITA DI BELICE  
Libero Consorzio Comunale di Agrigento



Misure di sostegno all'emergenza socio-assistenziale da Covid-19 ai sensi della deliberazione della giunta Regionale della Regione Siciliana n. 124 del 28/03/2020 e del conseguente D.D.G.n. 304 del 4 Aprile 2020 - PO FSE SICILIA 2014-2020

CIP 2014.IT.0.SFO.014/2/9.1/7.1.1/0057 - CUP D51E20000010006

**ELENCO IN ORDINE ALFABETICO DEGLI ESCLUSI**

Allegato "B"

n	COGNOME E NOME		LUOGO E DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE	MOTIVAZIONE
11	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
12	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
13	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
14	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Mancato utilizzo buoni assegnati mese precedente
15	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
16	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio
17	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Reddito remunerativo superiore al beneficio

L'Assistente Sociale  
F.to dott. Graziella Santoro