

بسمه تعالی

رئیس محترم مرکز آموزش فنی و حرفه ای شهرستان

احتراماً به استحضار می رساند اینجانب موسس آموزشگاه فنی و حرفه ای آزاد
به شماره همراه..... و آدرس آموزشگاه با مطالعه
کامل و دقیق قوانین مرتبط با تسهیلات قانون بودجه سال 1403 که در سایت اداره کل آموزش فنی و حرفه ای استان اصفهان
بارگزاری شده است، به ازای استخدام نفر نیروی جدید و ثبت نام ایشان در لیست بیمه تامین اجتماعی آموزشگاه و تجهیز
کارگاه آموزشی متقاضی دریافت ریال (به ازای هر نفر 1500 میلیون ریال) تسهیلات اشتغال جز 4 بند ب تبصره
2 قانون بودجه سال 1403 می باشم و همزمان درخواست خود را در سامانه tek.mcls.gov.ir نیز ثبت می نمایم و متعهد می
گردم:

- دارای کارت پایان خدمت می باشم. (مخصوص متقاضیان آقا)
- استخدام دستگاه های دولتی، نهادها و نیروهای مسلح نمی باشم.
- دارای مجوز فعالیت مرتبط با عنوان طرح درخواستی می باشم.
- فاقد چک برگشتی و بدهی معوق بانکی و مالیاتی می باشم.
- کل وجوه دریافتی را صرفاً در چارچوب موضوع تسهیلات قانون بودجه 1403 (اشتغال زایی و تجهیز کارگاه) مطابق طرح ارائه شده
به بانک عامل، در محل اجرای طرح هزینه می نمایم
- ضمن حفظ نیروهای موجود، در خصوص بکارگیری اشتغال تعهد شده تا زمان اتمام بازپرداخت تسهیلات مطابق قوانین کار و تامین
اجتماعی و مقررات قانونی جاری کشور اقدام می نمایم.
- در صورت تغییر آدرس محل اجرای طرح، حداکثر ظرف مدت یک هفته از جابجایی مراتب را کتباً به بانک عامل، دستگاه اجرایی
مربوطه و اداره تعاون کار و رفاه اجتماعی شهرستان اعلام نمایم.
- به موجب همین سند با دستگاه های اجرایی ذیربط (از جمله اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان، اداره کل آموزش فنی و
حرفه ای استان ، بانک عامل و سایر دستگاه های نظارتی) در روند نظارت بر فرآیند اجرای تعهدات، مطالبه مدارک و مستندات لازم
و بازدید از محل اجرای پروژه همکاری لازم به عمل می آورم

تاریخ درخواست

نام و نام خانوادگی موسس

مهر آموزشگاه