

Denominazione
Ente e Logo

REGIONE LAZIO
Direzione Regionale
Istruzione, Formazione e
Politiche per l'occupazione

** Area Attuazione, tutela della
fragilità e punto di contatto

Prot. n° _____ del _____

Modello 3_Richiesta proroga rendicontazione

Codice CUP _____

Cod. Sigem _____

Tipo di finanziamento: **PR FSE+2021-2027**

Avviso DD _____ del _____

Denominazione Progetto _____

Soggetto Attuatore _____

(in caso di ATS/ATI
indicare capofila e
componenti)

Pec: _____

Tel. _____ E-mail: _____

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____, Legale Rappresentante
dell'Ente di cui sopra, chiede la proroga dell'invio della rendicontazione finale delle spese tramite domanda di
rimborso, per i seguenti motivi: *(Indicare le motivazioni dettagliate ed esaustive della richiesta di proroga e la
data di scadenza della proroga)*

**NB: La suddetta proroga non è applicabile al termine dell'ammissibilità delle spese, ma solo ed
esclusivamente all'invio della domanda di rimborso finale per la rendicontazione delle spese**

Data

--	--	--

Timbro
Ente

Firma del Rappresentante Legale*/ Delegato

* Firma del Rappresentante Legale dell'Ente Capofila in caso di ATS/ATI*



PROSPETTO DI RIEPILOGO COSTO DIPENDENTE SU BASE ANNUA

Impresa Beneficiaria

Dipendente Sig./Sig.ra

(Cognome)

(Nome)

Descrizione		Modalità di calcolo		
i	CCNL applicato			0
ii.a	Tipologia contrattuale	(tempo indeterminato, determinato, apprendistato)		0
ii.b	Tipologia rapporto	(full-time, part-time, ecc.)		0
iii	Livello			0
A.1	Retribuzione base			0,00
A.2	Contingenza			0,00
A.3	Scatti di anzianità			0,00
A.4	Elemento di maggiorazione	Per le voci non presenti riportare 0,00		0,00
A.5	Elemento aggiuntivo			0,00
A.6	Superminimo			0,00
A.7	Indennità di mensa			0,00
A.8	Altre indennità (specificare)			0,00
A	Totale retribuzione MENSILE FISSA E INVARIABILE RISCONTRABILE DAL CEDOLINO			0,00
B	Mensilità retribuite	<input type="text" value="CCNL"/>	<input type="text" value="0"/>	
		(indicare CCNL di riferimento)	(indicare n. mesi)	
C=AxB Retribuzione annua				0
D.1	INPS carico Azienda	Retribuzione annua x	<input type="text" value="28,98%"/>	0
D.2	INAIL carico Azienda	Retribuzione annua x	<input type="text" value="0,50%"/>	0
D	TOTALE ONERI CONTRIBUTIVI			0
E	Trattamento di fine rapporto (TFR)	(C : 13,5) - (C x 0,5%)		0
F	TOTALE COSTO ANNUO	= C+D+E		0