|  |
| --- |
| **REGIONE LAZIO**  ***Assessorato*** [***Lavoro e nuovi diritti, Formazione, Scuola e Diritto allo Studio universitario, Politiche per la ricostruzione***](http://www.regione.lazio.it/diberardino)  **Direzione Regionale Lavoro** |
| Attuazione del Programma Operativo della Regione Lazio Fondo Sociale Europeo Programmazione 2014-2020  Asse I OCCUPAZIONE  Priorità d’investimento 8.i - Obiettivo specifico 8.5   |  | | --- | | **Avviso pubblico per la realizzazione di Tirocini extracurriculari per persone con disabilità – EDIZIONE 2019** | |

**ALLEGATO 4**

MODELLI PER COMUNICAZIONI

**Regione Lazio**

Direzione Regionale Lavoro

Area Attuazione interventi

Via R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

**COMUNICAZIONE AVVIO PROGETTO**

*(da inviare a seguito della notifica dell’ammissione a finanziamento)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto |  | | |
|  | | | |
| nato a |  | il |  |
|  | | | |
| residente in |  | via |  |
|  | | | |
| CAP |  | C.F. |  |
| in qualità di legale rappresentante del soggetto promotore: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Con riferimento al progetto |  | CUP |  |
|  | | | |

**COMUNICA**

Che in data odierna ha avuto avvio il progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Il conto corrente che sarà utilizzato per le movimentazione inerenti il progetto è il seguente:

* Banca/Posta
* Sede/Filiale/Agenzia
* IBAN

**CHIEDE**

L’erogazione dell’anticipo di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pari al 60% dell’importo ammesso a finanziamento.

A tal fine, si impegna a consegnare presso gli uffici della Regione Lazio, Direzione Regionale Lavoro, Area Attuazione Interventi, entro 30 giorni, l’originale della relativa polizza fideiussoria.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | Timbro e firma del legale rappresentante |

**Regione Lazio**

Direzione Regionale Lavoro

Area Attuazione interventi

Via R. R. Garibaldi, 7 - 00145 Roma

**COMUNICAZIONE AVVIO DEI TIROCINI**

*(da inviare a seguito del ricevimento dell’anticipo o comunque prima dell’avvio dei tirocini)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto |  | | |
|  | | | |
| nato a |  | il |  |
|  | | | |
| residente in |  | via |  |
|  | | | |
| CAP |  | C.F. |  |
| in qualità di legale rappresentante del soggetto promotore: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Con riferimento al progetto |  | CUP |  |
|  | | | |

COMUNICA

i dati di avvio relativi ai tirocini oggetto del finanziamento:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Nome Cognome tirocinante** | **Soggetto ospitante** | **Tutor Specialistico** | **Durata Tirocinio** | **Data di avvio** | **Cod. ADA** | **Descrizione ADA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(*se del caso)* Contestualmente, chiede una proroga di 30 giorni per l’avvio dei seguenti tirocini

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.** | **Nome Cognome tirocinante** | **Soggetto ospitante** |
|  |  |  |

(*se del caso)* Contestualmente, comunica che i seguenti tirocini non si attiveranno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Nome Cognome tirocinante** | **Soggetto ospitante** | **Motivazione** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | Timbro e firma del legale rappresentante |