|  |
| --- |
| **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 6**

DOMANDA DI RIMBORSO

**DOMANDA DI RIMBORSO INTERMEDIA**

Io sottoscritto/a............................................................, nato/a ................................................., il..................... e residente nel Comune di ........................................................, PROV ..................., CAP ..............., in via ......................................................................................, in qualità di rappresentante legale o altro soggetto con potere di firma del soggetto attuatore ...........................................................................................,

## CHIEDO

## Con riferimento al progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il riconoscimento dell’importo complessivo di € ……………. a valere sull’Avviso pubblico per la realizzazione di Tirocini extracurriculari per persone con disabilità – EDIZIONE 2019, relativo alle seguenti voci di spesa:

|  |  |
| --- | --- |
| VOCE DI SPESA | Euro |
| N\_\_\_\_\_\_ mensilità di tirocinio |  |
| Assicurazione RC |  |
| Assicurazione INAIL |  |
| Polizza fideiussoria |  |
| TOTALE |  |

## Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i. nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 del medesimo decreto del Presidente della Repubblica,

**DICHIARO CHE**

* la presente domanda di rimborso rispetta le condizioni definite dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento, dall’Avviso sopra richiamato di cui ho preso atto;
* le attività svolte sono debitamente documentate secondo quanto allegato alla presente domanda di rimborso;
* i documenti allegati sono conformi agli originali;
* gli originali dei registri e di ogni altra documentazione afferente alla realizzazione dei tirocini sono conservati secondo quanto stabilito dall’Avviso;
* le informazioni in merito al cofinanziamento del FSE sono state adeguatamente diffuse nei confronti dei destinatari, nel rispetto delle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali in materia di informazione e pubblicità;
* le attività realizzate per le quali si chiede il rimborso non sono oggetto di ulteriori contributi o altre sovvenzioni, nel rispetto del divieto di cumulo dei finanziamenti.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Legale rappresentante[[1]](#footnote-1)

Si allegano i seguenti documenti:

* Copia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità;
* Prospetto di riepilogo della domanda di rimborso debitamente compilato, timbrato e firmato (PDF)
* Copia del prospetto di riepilogo della domanda di rimborso debitamente compilato (excel)

e, per ciascun tirocinante (unico archivio informatico)

* copia del progetto formativo firmato, oltre che dal soggetto promotore, dal soggetto ospitante e dal tirocinante;
* copia della comunicazione obbligatoria di attivazione del tirocinio;
* copia del certificato di iscrizione al collocamento mirato con evidenza della percentuale di disabilità riconosciuta;
* copia della dichiarazione sulla privacy;
* copia del registro di tirocinio;
* dichiarazione di regolare pagamento da parte del tirocinante e del soggetto ospitante;
* relazione di attività sull’andamento del tirocinio redatta dal tutor specialistico

**ALLEGATO – PROSPETTO DI RIEPILOGO DELLA DOMANDA DI RIMBORSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | **NOME** | **COGNOME** | **C.F.** | **DATI DI RIEPILOGO DEL TIROCINIO** | | | | | | **AVANZAMENTO DEL TIROCINIO** | | | |
| *Ragione sociale soggetto ospitante* | *Orario settimanale di tirocinio* | *Giorni di accesso ai locali aziendali* | *Orario di accesso ai locali aziendali* | *Data avvio del tirocinio* | *N. mensilità previste* | *Stato del tirocinio (\*)* | *N. mensilità rendicontate* | *Tutor specialistico* | *Importo rendicontato* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Attivo, Concluso, Interrotto, Sospeso

*Aggiungere righe*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N. | **VOCE DI SPESA** | **IMPORTO RENDICONTATO** |
|
|  | Assicurazione RC |  |
|  | Assicurazione INAIL |  |
|  | Polizza fideiussoria |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Totale domanda di rimborso*** |  |

**DOMANDA DI RIMBORSO FINALE**

Io sottoscritto/a............................................................, nato/a ................................................., il..................... e residente nel Comune di ........................................................, PROV ..................., CAP ..............., in via ......................................................................................, in qualità di rappresentante legale o altro soggetto con potere di firma del soggetto attuatore ...........................................................................................,

## CHIEDO

## Con riferimento al progetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il riconoscimento dell’importo complessivo di € ……………. a valere sull’Avviso pubblico per la realizzazione di Tirocini extracurriculari per persone con disabilità – EDIZIONE 2019, relativo alle seguenti voci di spesa:

|  |  |
| --- | --- |
| VOCE DI SPESA | Euro |
| N\_\_\_\_\_\_ mensilità di tirocinio |  |
| Assicurazione RC |  |
| Assicurazione INAIL |  |
| Polizza fideiussoria |  |
| TOTALE |  |

## DATI DI RIEPILOGO PROGETTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VOCE DI SPESA | IMPORTO APPROVATO | IMPORTO AMMESSO DR INTERMEDIA | IMPORTO RICHIESTO DR SALDO |
| Mensilità di tirocinio |  |  |  |
| Assicurazione RC |  |  |  |
| Assicurazione INAIL |  |  |  |
| Polizza fideiussoria |  |  |  |
| TOTALE |  |  |  |

## Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del d.p.r. 445/2000 e s.m.i. nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 del medesimo decreto del Presidente della Repubblica,

**DICHIARO CHE**

* la presente domanda di rimborso rispetta le condizioni definite dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento, dall’Avviso sopra richiamato di cui ho preso atto;
* le attività svolte sono debitamente documentate secondo quanto allegato alla presente domanda di rimborso;
* i documenti allegati sono conformi agli originali;
* gli originali dei registri e di ogni altra documentazione afferente alla realizzazione dei tirocini sono conservati secondo quanto stabilito dall’Avviso;
* le informazioni in merito al cofinanziamento del FSE sono state adeguatamente diffuse nei confronti dei destinatari, nel rispetto delle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali in materia di informazione e pubblicità;
* le attività realizzate per le quali si chiede il rimborso non sono oggetto di ulteriori contributi o altre sovvenzioni, nel rispetto del divieto di cumulo dei finanziamenti.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Legale rappresentante[[2]](#footnote-2)

Si allegano i seguenti documenti:

* Copia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità;
* Prospetto di riepilogo della domanda di rimborso debitamente compilato, timbrato e firmato (PDF)
* Copia del prospetto di riepilogo della domanda di rimborso debitamente compilato (excel)

e, per ciascun tirocinante (unico archivio informatico)

* copia del registro di tirocinio
* dichiarazione di regolare pagamento da parte del tirocinante
* dichiarazione di regolare svolgimento del tirocinio da parte del soggetto ospitante
* relazione di attività sull’andamento del tirocinio redatta dal tutor specialistico
* copia dell’attestazione finale rilasciata al tirocinante

**ALLEGATO – PROSPETTO DI RIEPILOGO DELLA DOMANDA DI RIMBORSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | **NOME** | **COGNOME** | **C.F.** | **DATI DI RIEPILOGO DEL TIROCINIO** | | | | | | **AVANZAMENTO DEL TIROCINIO** | | | |
| *Ragione sociale soggetto ospitante* | *Orario settimanale di tirocinio* | *Giorni di accesso ai locali aziendali* | *Orario di accesso ai locali aziendali* | *Data avvio del tirocinio* | *N. mensilità previste* | *Stato del tirocinio (\*)* | *N. mensilità rendicontate* | *Tutor specialistico* | *Importo rendicontato* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Concluso, Interrotto

*Aggiungere righe*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N. | **VOCE DI SPESA** | **IMPORTO RENDICONTATO** |
|
|  | Assicurazione RC |  |
|  | Assicurazione INAIL |  |
|  | Polizza fideiussoria |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Totale domanda di rimborso*** |  |

1. In caso di altro soggetto munito di poteri di firma, allegare atto di delega o altro documento comprovante i poteri di firma. [↑](#footnote-ref-1)
2. In caso di altro soggetto munito di poteri di firma, allegare atto di delega o altro documento comprovante i poteri di firma. [↑](#footnote-ref-2)