

*Dipartimento Lavoro e Attività Produttive*

**Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021-2027**

**Obiettivo di Policy 4 - Un’Europa più sociale**

**ALLEGATO 5**

**TIROCINIO EXTRACURRICULARE**

**Richiesta di rimborso delle indennità erogate**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CUP: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ |

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data e luogo di nascita: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. ( )

Codice fiscale personale: \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

in qualità di Rappresentante legale/titolare dell’IMPRESA/DATORE DI LAVORO

avente la seguente denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.( ) CAP\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr. \_\_\_\_\_\_

e

sede operativa in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.( ) CAP\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr. \_\_\_\_\_\_

ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle pene stabilite per false mendaci dichiarazioni dall’artt. 75 e 76 del predetto D.P.R.

**premesso che**

* per il TIROCINIO EXTRACURRICULARE è stato concesso un contributo nella misura di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’erogazione del pagamento a saldo per un importo complessivo di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pari al \_\_\_\_% del finanziamento concesso per il tirocinio extracurriculare di:

|  |
| --- |
| Nome e Cognome |
| Codice fiscale |
| Comune di residenza |
| Status *(barrare casella interessata)* □ Disabile (L. 68/99) □ Persona svantaggiata |
| Data avvio tirocinio |
| Data fine tirocinio |
| Durata in mesi |

**a tal fine allega:**

* copia dei registri mensili delle presenze, debitamente compilati e firmati dal tirocinante, dal tutor aziendale e dal legale rappresentante del soggetto ospitante;
* copia del titolo di pagamento mensile delle quote di indennità;
* Attestazione competenze finali.

**DICHIARA**

che in ottemperanza e ai fini di quanto previsto dall’art. 3 della Legge 13/08/2010, n. 136 e s.m.i., per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari tra la Regione Abruzzo (*barrare casella interessata*):

□ ha già comunicato gli estremi identificativi del conto corrente “dedicato”, anche non in via esclusiva, valido per il rapporto in essere e per quelli futuri;

□ comunica che gli estremi identificativi del conto corrente “dedicato”, anche non in via esclusiva, valido per il rapporto in essere e per quelli futuri è il seguente:

|  |  |
| --- | --- |
| ISTITUTO |  |
| AGENZIA |  |
| INTESTATARIO |  |
| IBAN |  |

dichiara altresì (*barrare la casella di interesse*):

* di essere l’unico soggetto titolato ad operare sul conto corrente sopra indicato, non essendo stati delegati altri soggetti al riguardo;
* di non essere l’unico soggetto titolato ad operare sul conto corrente sopra indicato, essendo stati delegati altri soggetti di cui si indicano le generalità ed il codice fiscale:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome: |  |
| Codice Fiscale |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| Residenza |  |
|  |  |

**IL DICHIARANTE SI IMPEGNA**

* a comunicare tempestivamente alla Regione Abruzzo - Dipartimento Lavoro e Attività Produttive, eventuali variazioni riguardanti il conto bancario indicato;

**AUTORIZZA**

la Regione Abruzzo – Dipartimento Lavoro e Attività Produttive al trattamento dei dati resi nella presente domanda in conformità a quanto stabilito dal Regolamento (UE) n. 679/2016 (GDPR) e dal D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data …………………………….

FIRMA