



ALLEGATO B.1

GARANZIA OCCUPABILITA' DEI LAVORATORI - GOL - REGIONE UMBRIA

MODELLO E.1 - ALLEGATO NOTA DI RIMBORSO N. _____ del _____
DETTAGLIO DEI COSTI DEI SERVIZI PER IL LAVORO RICHIESTI DALLE APL

ARPAL UMBRIA

Via Palermo, 86/A

06124 – Perugia

Agenzia Regionale per le politiche
attive del lavoro

C.F. e P.I. 03630270548

Denominazione soggetto realizzatore: _____

Io sottoscritto/a

nato/a a

il

e residente a

in Via

n.

CAP

tel.

C.F.

in qualità di (rappresentante legale/altro soggetto con potere di firma)

CHIEDO

Il riconoscimento del seguente importo per i servizi di seguito elencati

e

consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

DICHIARO

che l'importo richiesto è riferito al/ai **beneficiario/i**: (ripetere per ogni CF indicato nella Nota di rimborso)

1) C.F. Identificativo Patto di Servizio n. rilasciato in
data: e con Assegno rilasciato nell'ambito del **percorso**

1 (data di rilascio¹ _____)

2 (data di rilascio¹ _____)

3 (data di rilascio¹ _____)

4 (data di rilascio¹ _____)

¹ Da compilare solo se la data di rilascio dell'Assegno non coincide con la data del Patto

In relazione all'erogazione dei seguenti **servizi**:

- Assessment**: importo: [€ 35,70] × [1 ora]= tot. € _____
- Orientamento specialistico individuale** LEP E: importo: [€ 39,94] × [ore erogate]= tot. € _____
- Orientamento specialistico di gruppo** ²LEP E: importo: [€ 82,27] × [ore erogate]=tot. € _____
- Accompagnamento al lavoro individuale** LEP F1: importo: [€ 39,94] × [ore erogate]= tot. € _____
- Accompagnamento al lavoro di gruppo** ² LEP F1: importo: [€ 39,94] × [ore erogate]= tot. € _____
- Incontro domanda/offerta** LEP F3 - tot. € _____ (al netto dell'importo del servizio di accompagnamento di cui sopra) richiesto ³ con Nota di rimborso N. _____ del _____

Tipologia contrattuale: _____

Codice CO:

data inizio contratto ____/____/____ data fine contratto ____/____/____

Datore di lavoro - Codice Fiscale/Partita IVA:

Azienda utilizzatrice - Codice Fiscale/Partita IVA:

RIMBORSO COMPLESSIVO RICHIESTO PER IMPORTO PARI A € _____

Dichiara inoltre

- di non aver percepito altri finanziamenti pubblici per l'erogazione dei servizi di cui richiede il presente rimborso;
- di non aver percepito dai beneficiari e dalle imprese che hanno proceduto all'assunzione alcuna forma di compenso per le attività erogate;
- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con ARPAL Umbria in qualità di Amministrazione Attuatrice del Programma GOL attuativo del PNRR;
- che il totale riportato nella presente richiesta di rimborso per i servizi al lavoro erogati, integra la Nota di rimborso N° del
(da compilare nel caso di richiesta di rimborso del servizio di Incrocio Domanda Offerta presentata in data successiva)

Allega:

- in caso di servizio di *Orientamento specialistico*, erogato in forma individuale e di gruppo, copia del registro comprovante l'attività svolta;
- in caso di servizio di *Accompagnamento al lavoro*, erogato in forma individuale e di gruppo, copia del registro comprovante l'attività svolta;

² Riportare il costo imputabile al singolo beneficiario, ottenuto dividendo il costo totale (valore UCS a processo € 82,27/h x numero ore erogate in gruppo) per il numero di partecipanti alle attività di gruppo.

³ Compilare solo nel caso in cui il rimborso per l'Incrocio Domanda Offerta sia richiesto con Nota di rimborso diversa e successiva a quella con cui è stato richiesto il rimborso dei servizi per il lavoro

- in caso di servizio di *Incontro domanda/offerta* di lavoro:
 - PEC attestante l'invio dell'informativa all'azienda in merito al finanziamento delle attività svolte dal soggetto esecutore nell'ambito del servizio;
 - copia del contratto di lavoro, nel caso in cui la CO non dia evidenza del dato relativo alle ore settimanali medie;
 - copia Assegno GOL.
 - copia della documentazione comprovante l'eventuale estensione del periodo di validità dell'Assegno (contratto di lavoro, documentazione attestante giustificati motivi ai sensi dell'art. 8 del DM 42/2018)

Luogo e data _____

FIRMA e timbro del
Legale rappresentante

(allegare copia riconoscibile e valida del documento d'identità del firmatario)