

**ALLEGATO E**

**GARANZIA OCCUPABILITA’ DEI LAVORATORI - GOL - REGIONE UMBRIA**

**DOMANDA DI RIMBORSO PER LE ATTIVITA’ SVOLTE NELL’AMBITO DEL PERCORSO 1**

**Cod. CUP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ARPAL UMBRIA**

Via Palermo, 86/A

06126 - Perugia

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 seguenti servizi erogati:

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 ai seguenti servizi al lavoro:

C.F. beneficiario …………………………………… codice univoco identificativo rilasciato da MY ANPAL al Patto di Servizio ……………………………….

□ **Assessment:** importo: [€ 35,70] × [1 ora]= tot. €\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_

□ **Orientamento** specialistico LEP E: importo: [€ 37,30] × [ore erogate]= tot. €\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_

□ **Accompagnamento** al lavoro LEP F1: importo: [€ 37,30] × [ore erogate]= tot. €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Incontro domanda/offerta** LEP F3 - tot. €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (al netto dell’importo del servizio di accompagnamento di cui sopra)

|  |
| --- |
| Tipologia contrattuale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice CO: data inizio contratto ­­\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_data fine contratto\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Datore di lavoro - Codice Fiscale/Partita IVA:Azienda utilizzatrice - Codice Fiscale/Partita IVA: |
|  |

**Totale complessivo€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dichiara inoltre**

* di essere consapevole che i documenti comprovanti l’erogazione dei servizi possono essere richiesti da ARPAL Umbria in qualunque momento;
* di non aver percepito altri finanziamenti pubblici per l’erogazione dei servizi di cui avanza la presente nota di 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, costituisce parte dell’importo complessivo richiesto con la relativa nota di rimborso N° …………………... del ……………………

Allega:

* copia del Patto si Servizio
* in caso di servizio di Orientamento specialistico copia del registro comprovante l’attività svolta;
* in caso di servizio di Accompagnamento al lavoro copia del registro comprovante l’attività svolta;
* in caso di servizio di Incontro domanda/offerta di lavoro:
* copia 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA