**Allegato 4**

**DOMANDA DI RIMBORSO**

**Ad ARTI Agenzia Regionale Toscana per l’Impiego**

**Settore** **Servizi per il Lavoro di Pisa e Massa Carrara**

**Servizi per il Lavoro di Massa Carrara**

Oggetto: **Progetto ATI- Avviso pubblico per la concessione di contributi individuali a donne inserite in percorsi di cui alla DGR n.719/2021**

Avviso approvato con Decreto Dirigenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in riferimento al Decreto Dirigenziale n. **\_\_\_\_** del **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**con il quale è stato approvato l'elenco delle domande ammissibili relative all'avviso in oggetto del mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e in base al quale risulto destinataria di contributoper un totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**il rimborso** dell’importo di € \_\_\_\_\_\_ a copertura di quanto segue (*barrare la voce corrispondente):*

* ***indennità di partecipazione una tantum*** pari a € \_\_\_\_\_ (*se non richiesta nella domanda di finanziamento)*
* ***indennità per la frequenza di percorsi formativi*** per un totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_indicata nel prospetto di dettaglio “Indennità frequenza percorsi formativi”

**Prospetto di dettaglio “Indennità frequenza percorsi formativi”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tipologia percorso* | *Denominazione* | *Durata [[1]](#footnote-2)* | *Frequenza [[2]](#footnote-3)* | *Importo €[[3]](#footnote-4)* |
| Percorso qualifica |  |  |  |  |
| ADA |  |  |  |  |
| Formazione obbligatoria |  |  |  |  |
| Patente di guida B |  |  |  |  |

* ***spese relative a servizi di conciliazione*** per € \_\_\_\_\_\_\_ indicate nel prospetto di dettaglio “Spese per servizi di conciliazione”

**Prospetto di dettaglio “Spese per servizi di conciliazione”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Tipologia giustificativo di spesa e n°* | *Data*  *emissione* | *Emittente*  *documento* | *Importo €* | *Data di*  *pagamento* | *Modalità di pagamento* |
|  |  |  |  |  |  |

* ***contributo forfettario per spese di trasporto*** pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_indicato nel prospetto di dettaglio “Contributo forfettario spese di trasporto”

**Prospetto di dettaglio** **“Contributo forfettario spese di trasporto”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Mezzo di trasporto utilizzato* | *Specificare intervento (tirocinio o formazione)* | *Durata [[4]](#footnote-5)* | *Importo €* |
|  |  |  |  |

A tale scopo allego la seguente documentazione:

* calendario del percorso formativo (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* registro presenza (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* sezione D del Progetto per l'Occupabilità
* fattura intestata alla destinataria o altro documento fiscale equivalente o copia delle comunicazioni attestanti l’avvenuta prestazione di lavoro occasionale (Elenco prestazioni) del Libretto Famiglia
* documentazione contabile attestante il pagamento delle spese:
* in caso di pagamento tramite bonifico: contabile bancaria/postale o stampa del bonifico e copia dell’estratto conto che ne attesti l’avvenuto pagamento;
* in caso di pagamento tramite MAV, vaglia o bollettino postale: copia della ricevuta;
* in caso di pagamento tramite assegno bancario: copia dell’assegno e copia dell’estratto conto che ne attesti l’avvenuto incasso;
* in caso di pagamento tramite bancomat o carta di credito: copia della ricevuta di pagamento e dell’estratto conto che ne attesti l’avvenuto pagamento;
* in caso di pagamento in contanti (fino ad un importo massimo di € 500,00): copia della dichiarazione di quietanza che attesti l’avvenuto pagamento.

Nel caso di utilizzo del Libretto Famiglia occorre produrre dichiarazione dei compensi elargiti alla persona che ha erogato la prestazione.

Chiedo inoltre che il rimborso avvenga su c/c bancario o postale o su carta prepagata associata ad un IBAN *(la destinataria deve essere titolare o contestataria di tale conto o titolare della carta prepagata).*  *(Allegare copia dell’IBAN*)

Ag. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice Paese | | | Check Digit | | | Cin | | Codice ABI | | | | | | Codice CAB | | | | | | Numero Conto Corrente | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DICHIARO INOLTRE**

Di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere o di uso di atti falsi, richiamate dall’art 76 del DPR 445 del 28/12/2000

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DELLA DESTINATARIA DEL CONTRIBUTO

(allegare copia del documento di identità della firmataria)

1. Specificare la durata totale del corso in mesi, ore e l’intervallo temporale (dal… al...) [↑](#footnote-ref-2)
2. Indicare il numero di giorni su base mensile risultanti dal calendario allegato [↑](#footnote-ref-3)
3. Nel caso di percettrice di ammortizzatore sociale specificare l’importo richiesto al netto dell’ammortizzatore stesso. [↑](#footnote-ref-4)
4. Specificare la durata totale del corso/tirocinio in mesi, ore e l’intervallo temporale (dal… al...) [↑](#footnote-ref-5)