**ALLEGATO 5**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER PROROGA**

**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 regionale** **tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all’inclusione sociale ed all’autonomia rivolti a donne inserite in percorsi di cui alla DGR n.719/2021 -** Domanda di contributo per la copertura dell'indennità di partecipazione corrisposta alla tirocinante e delle spese assicurative obbligatorie per **PROROGA** del tirocinio *(da compilarsi a cura del Soggetto Ospitante)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante del Soggetto ospitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_, C.F./partita IVA del Soggetto ospitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ natura giuridica del soggetto ospitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , indirizzo Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in relazione al tirocinio della sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si svolgerà presso la sede/unità locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_,

Settore aziendale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di concessione del contributo regionale per PROROGA del tirocinio approvato con Decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Contributo complessivo richiesto: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui:

- contributo per indennità di partecipazione (max € 500,00 mensili per una durata massima di 12 mesi inclusa la proroga): € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- contributo a copertura delle spese assicurative obbligatorie contro gli infortuni presso INAIL e per la responsabilità civile presso terzi: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall’art.76 del DPR n.445/2000, ai sensi degli artt. 46-47 del citato DPR,

**DICHIARA**

- che la tirocinante è tuttora in possesso dei requisiti di accesso previsti all’art. 3 dell’avviso;

- data inizio periodo di proroga del tirocinio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ;

- data fine periodo di proroga del tirocinio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ;

- durata periodo di proroga espressa in mesi interi \_\_\_\_\_\_\_ e in ore \_\_\_\_\_\_ ;

- spese assicurative obbligatorie contro gli infortuni sul lavoro INAIL:

posizione n. ..........................…

- spese assicurative obbligatorie per la responsabilità civile presso terzi:

Compagnia/agenzia…………………… contratto n°……………. scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_

- che la proroga non supera, sommata al precedente periodo di tirocinio, il limito massimo previsto dall’art. 2 dell’Avviso;

Alla presente domanda è allegata la seguente documentazione:

a) progetto personalizzato sottoscritto dalla tirocinante, dal soggetto ospitante, dal soggetto promotore e dall’ente che ha in carico la persona nel caso in cui tale ente sia diverso dal soggetto promotore;

b) copia di un documento di identità del/lla legale rappresentante del soggetto ospitante in corso di validità.

Il/La dichiarante prende atto che qualora non emerga la veridicità delle presenti dichiarazioni, ARTI disporrà la decadenza da ogni beneficio ai sensi dell’art.75, comma 1 del DPR n.445/00.

Luogo, data Legale rappresentante Soggetto Ospitante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_