

**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 rilascio[[1]](#footnote-1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

□ 2 *(data di rilascio1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

□ 3 *(data di rilascio1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

□ 4 *(data di rilascio1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

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** [[2]](#footnote-2)LEP E: importo: [€ 39,94] × [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]](#footnote-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;
* 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)*

1. Da compilare solo se la data di rilascio dell’Assegno non coincide con la data del Patto [↑](#footnote-ref-1)
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. [↑](#footnote-ref-2)
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 [↑](#footnote-ref-3)