Allegato 2)

DOMANDA DI RIMBORSO PER IL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO (da compilare per ogni assunzione)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante di (Rag. Soc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abilitato all’Accompagnamento al Lavoro dei Destinatari della Dote di Comunità a valere sul Programma Operativo FSE ABRUZZO 2014-2020 Obiettivo “Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione” Piano 2018-2020.

**CHIEDE**

IL RIMBORSO PER IL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO:

Datore di Lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lavoratore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DI CONTRATTO Profiling 4 MOLTO ALTO

Tempo determinato o Somministrazione < 12 mesi ≥ 6 mesi

Apprendistato II livello, Tempo determinato o Somministrazione ≥ 12 mesi

Tempo indeterminato (compresa la somministrazione) e Apprendistato I e III livello

Indicare con una “X” all’interno della cella corrispondente il tipo di contratto e il livello di profilazione del lavoratore.

Data di assunzione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- che il contributo spettante è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allega.

1. Relazione contenente la descrizione analitica dei servizi erogati per il candidato;

2. la copia del contratto di lavoro e della relativa comunicazione obbligatoria;

3. Fattura, o altro documento contabile probatorio equivalente, per i servizi di accompagnamento al lavoro, con le seguenti indicazioni: “Servizio di accompagnamento al lavoro (Misura 3) Intervento n.5 “Dote di Comunità” Programma Operativo FSE ABRUZZO 2014-2020 Piano Operativo 21018-2020 CUP C64E18000150007”.

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

Timbro e firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_