

Codice A1502A

D.D. 16 ottobre 2017, n. 971

Fondo regionale disabili, di cui alla Deliberazione della Giunta regionale (di seguito DGR) del 07 novembre 2016 n. 15-4165. Bando Buono servizio disabili di cui di cui alla Determinazione dirigenziale (di seguito DD) del 05 aprile 2017 n. 244. Approvazione delle disposizioni relative all'attivazione di tirocini e alla richiesta di rimborso delle relative indennità'.

Visto il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 recante disposizioni comuni sul Fondo sociale europeo;

Visto il Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 relativo al Fondo sociale europeo ;

Vista la Decisione della Commissione Europea c(2014)9914 del /12/2014 con la quale sono stati approvati determinati elementi del Programma Operativo del Piemonte FSE 2014-2020 nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" (di seguito soltanto POR FSE 2014-2020);

Vista la DGR del 29 dicembre 2014 n. 57-868 con la quale le è stata ratificata la presa d'atto della predetta Decisione C(2014) 9914 del 12/12/2014;

Richiamate le disposizioni di cui sopra in quanto applicabili al Fondo regionale disabili di cui all'art. 14 della Legge 12 marzo 1999, n. 68 ;

Vista la DGR del 7 novembre 2016 n. 15-4165 con la quale è stata approvata la Direttiva pluriennale del Fondo regionale disabili per il periodo 2016-2018;

Vista la DD del 05 aprile 2017, n. 244 con la quale è stato approvato il Bando regionale finalizzato all'istituzione dell'elenco dei soggetti attuatori della misura Buono Servizi Lavoro per persone disabili. Accertamento e impegno di spesa € 3.000000,00 (tre milioni) sul Bilancio di previsione finanziario 2017/2019, esercizio 2017;

Ritenuto necessario

prevedere e approvare apposite disposizioni per l'attivazione dei tirocini e per la procedura di rimborso delle relative indennità nonché fornire la necessaria modulistica;

approvare la *check list* per la verifica dei tirocini da autorizzare alla richiesta di rimborso per le indennità di partecipazione erogate ai destinatari dei Bandi Buono Servizi Disabili ;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa a carico della Regione Piemonte;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

Visto il D. lgs 30/03/2001, n.165 e s.m.i, in particolare artt. 4 e 16;

Vista la L. r 26 aprile 2000, n.44;

Vista la L.r.28 luglio 2008n.23 e s.m.i

in conformità e in attuazione con gli indirizzi disposti dalla Giunta regionale con Deliberazione del 7 novembre 2016 n. 15-4165 e con quanto previsto dalla Determinazione dirigenziale 05 aprile 2017, n. 244

determina

- di approvare il documento denominato “*Disposizioni per l’attivazione dei tirocini e per il rimborso delle relative indennità* “ allegato A) e la relativa modulistica che ne costituisce parte integrante e sostanziale ;

- di dare atto che il presente atto non comporta impegni di spesa a carico del Bilancio della Regione Piemonte.

Il presente provvedimento, non comportando spesa, non assume rilevanza contabile.

La presente Determinazione verrà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.r. 22/2010 nonché ai sensi dell’art. 26 comma 1 del D.lgs n. 33/2013 nel sito istituzionale dell’ente, nella sezione “Amministrazione trasparente”.

Il Dirigente del Settore
Dott. Felice Alessio SARCINELLI

Allegato



fondo
sociale europeo

Allegato A

“DISPOSIZIONI PER L’ATTIVAZIONE DEI TIROCINI E PER IL RIMBORSO DELLE RELATIVE INDENNITÀ”

“BUONO SERVIZI LAVORO PER PERSONE CON DISABILITÀ”

**in attuazione
dell’Atto di indirizzo Fondo Regionale Disabili
annualità 2016-18 - D.G.R. n. 15-4165 del
07/11/2016**

periodo 2017 – 2018

Bando D.D. 244 del 5/04/2017



**REGIONE
PIEMONTE**

per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva

www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE

Allegato A

1. Premessa

Il presente documento definisce la procedura per il riconoscimento dell'indennità di tirocinio ai sensi del bando *"Buono Servizi per Persone con Disabilità"* (D.D. 244 del 5/4/17).

Per quanto attiene i controlli è necessario fare riferimento a quanto definito nelle *"Linee guida per la gestione e il controllo delle operazioni finanziate dal POR-FSE 2014-2020"* della Regione Piemonte approvato con D.D. 807 del 15/11/16.

Le presenti disposizioni vanno applicate dalla pubblicazione dell'atto di approvazione delle stesse.

Le ditte ospitanti devono attenersi alle disposizioni nazionali e regionali in materia di tirocinio.

Si richiamano alcune disposizioni di ordine generale.

1.1 Indennità'

Il *"Buono Servizi Lavoro per Persone con Disabilità"* prevede il rimborso dell'indennità di tirocinio, anticipata dai soggetti ospitanti, a seguito di attivazione tirocinio della **durata minima di 3 mesi** sia full-time sia part-time.

L'indennità è pari ad **3,40 €/ora** (per un massimo di 600,00 €/mese pari a 176 ore lavorate mensili per un impegno full-time) e verrà corrisposta mensilmente **in base alle effettive presenze in azienda** del tirocinante fino ad un importo complessivo **massimo** pari a:

	Persona iscritta al collocamento mirato	Persona iscritta al collocamento mirato in condizione di particolare disagio o con forte difficoltà di inserimento lavorativo
Ditta "in obbligo": il tirocinio sospende una scoperta ai sensi della convenzione L. 68/99 art.11	1.800,00 € in 3 mesi (pari a 529 ore lavorate per un impegno full time) ¹	3.600,00 € in 6 mesi (pari a 1.058 ore lavorate per un impegno full time) ¹
Ditta "non in obbligo": il tirocinio non sospende una scoperta in quanto l'azienda: - non ha l'obbligo (<15 dipendenti) - è adempiente (>= 15 dipendenti in regola con la L.68/99)	3.600,00 € in 6 mesi (pari a 1.058 ore lavorate per un impegno full time) ¹	3.600,00 € in 6 mesi (pari a 1.058 ore lavorate per un impegno full time) ¹

¹Per un impegno part time il monte ore lavorate da inserire sarà quello effettivamente concordato e, di conseguenza, l'importo dell'indennità verrà calcolato moltiplicando tale monte ore * 3,40 €/ora
Es. PT 25 h/mese = 25h*3,40€/h = 85 €/sett * 4 sett* 3 mesi = 1.020 € **massimo rendicontabile**

Allegato A

Dove per particolare disagio o con forte difficoltà di inserimento lavorativo è da intendersi:

- persone con disabilità intellettive e mentali;
- persone con disabilità sensoriali uditive (sordi) e sensoriali visive (ciechi);
- persone con disabilità da patologia mista (fisica e psichica mentale);
- persone con pluriminorazioni che comportino una disabilità pari o superiore al 67%;
- persone con disabilità iscritte negli elenchi (L.68/99) dei Centri per l'Impiego (CPI) da almeno 48 mesi;
- persone con disabilità ultra cinquantenni iscritti negli elenchi (L.68/99) dei CPI da almeno 12 mesi;
- persone con disabilità di età superiore ai 60 anni;
- persone con disabilità pari o superiore all'80%.

In caso di interruzioni verranno pagate le ore di tirocinio effettivamente lavorate; non verrà riconosciuta alcuna indennità per tirocini che abbiano avuto una durata effettiva inferiore ad **un mese**.

L'indennità di tirocinio sarà riconosciuta anche nel caso in cui non segua la trasformazione.

E' facoltà delle ditte ospitanti integrare l'importo corrisposto al disabile attraverso la presente misura.

Non sarà riconosciuta alcuna indennità per i tirocini attivati da un Operatore SAL presso se stesso. E' possibile invece, per un Operatore SAL che sia un consorzio, inserire il disabile presso una consorziata.

Si rammenta che non sussistono vincoli di orario parziale per quanto riguarda l'attivazione di tirocinio; mentre al momento dell'eventuale assunzione l'orario parziale dovrà essere adeguato alla normativa vigente al fine di poter riconoscere il disabile in forza ai sensi della L.68/99. Si consiglia, quindi, di applicare, durante il tirocinio, un orario più simile possibile a quello che sarà l'orario effettivo di lavoro in caso di assunzione.

1.2 Tutoraggio

Come da Bando, il servizio di tutoraggio per inserimenti in tirocinio è ammissibile per tirocini di durata **pari o superiori a 6 mesi**;

Si specifica che sono consentite:

- fino a **30 ore** di tutoraggio nei primi **6 mesi**;
- fino a ulteriori **10 ore** di tutoraggio, dal 7° e fino al 12° mese, per tirocini di **almeno 12 mesi**;

Le ore di tutoraggio possono essere svolte in impresa o mediante incontri con il tirocinante presso la sede dell'Operatore SAL.

Allegato A

Nel caso che lo stesso lavoratore venga successivamente trasformato o assunto (durante medesima o successiva presa in carico da parte dello stesso o di altro operatore) sono riconosciute al massimo:

- per un'assunzione a tempo determinato \geq 6 mesi: completamento delle 30 ore se non interamente utilizzate durante il tirocinio.
- per un'assunzione tempo indeterminato: completamento delle 30 ore se non interamente utilizzate durante il tirocinio + 20 ore ulteriori (se il tirocinio iniziale era di durata di almeno 12 mesi e sono già state utilizzate in totale o in parte le ulteriori 10 ore, vanno sottratte le ore già utilizzate).

2. Processo di avvio e procedura di rimborso.

2.1 Attivazione

1. L'operatore SAL ricerca l'opportunità di tirocinio per la persona presa in carico.
2. **Prima della COB** l'Operatore SAL contatta il CPI di competenza del lavoratore per acquisire una attestazione che certifichi:
 - che il lavoratore sia correttamente iscritto alle liste del collocamento mirato e in possesso della diagnosi funzionale L. 68/99;
 - la conferma dell'eventuale particolare disagio o forte difficoltà di inserimento lavorativo di cui all'elenco richiamato al punto 1.1;
 - una eventuale valutazione del tirocinio.

Il CPI ha a disposizione **10 giorni** lavorativi (fatti salvi i casi particolari che richiedano un maggiore approfondimento) per rilasciare all'operatore SAL tale l'attestazione secondo il modello "**ATTESTAZIONE CPI**" (modello 1).

L'attestazione è indispensabile al fine dell'avvio del tirocinio.

E' inoltre necessario, da parte dell'azienda ospitante:

- acquisire il parere favorevole del proprio **medico del lavoro** in riferimento alla compatibilità delle mansioni previste con la patologia e le residue capacità lavorative dell'utente e trasmetterlo all'Operatore SAL;
- autocertificare lo stato "in obbligo" o "non in obbligo" in materia di L.68/99 secondo quanto previsto dalla tabella di cui al punto 1.1 (per le ditte in obbligo va specificata l'esistenza e la scadenza della convenzione art. 11 con

Allegato A

il CPI di competenza per ogni tirocinio) secondo il modello “**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELLA L. 68/99**” (modello 2).

In caso di avvio di tirocini senza l’attestazione del CPI e il parere favorevole del medico della ditta, sarà responsabilità dell’operatore SAL il mancato riconoscimento dell’indennità di tirocinio, nonché qualsiasi altra conseguenza che ne possa derivare.

Sarà cura dell’operatore SAL trasmettere mensilmente (entro il 5 del mese successivo) al Settore Lavoro della Regione, a mezzo pec all’indirizzo politichedellavoro@cert.regione.piemonte.it, il riepilogo dei tirocini avviati allegando le relative attestazioni ricevute dai CPI “**ATTESTAZIONE CPI**” (modello 1), le autocertificazioni delle ditte ospitanti “**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELLA L. 68/99**” (modello 2) e le relazioni del medico competente, secondo il modello “**RIEPILOGO MENSILE TIROCINI ATTIVATI**” (modello 3).

Va compilato un modello per ciascun ambito territoriale (l’invio può essere effettuato con una sola pec).

3. La ditta ospitante con l’eventuale supporto dell’Operatore SAL effettua la COB, carica i dati sul Portale dei Tirocini regionale con stipula della Convenzione di tirocinio e Progetto formativo.

Si raccomanda la massima precisione e completezza nell’inserimento delle informazioni richieste al fine di evitare il mancato riconoscimento dell’indennità.

4. Contestualmente, o in ogni caso entro **3 giorni** dalla COB, l’Operatore SAL procede a prenotare le risorse per l’indennità di tirocinio sul “PAI Indennità” SILP.

All’apertura del “PAI Indennità” l’Operatore inserisce:

- la tipologia di disabilità (con/senza condizione di particolare disagio o con forte difficoltà di inserimento lavorativo);
- le ore preventivate complessive del tirocinio previste nel Progetto Formativo, tali ore vengono moltiplicate in automatico per il valore orario definito (3,40 €/ora) e la somma corrispondente viene prenotata su GAM. Il sistema non consente di inserire un monte ore che superi i massimali consentita dal Bando.

2.2 Autorizzazione

Il Settore Lavoro della Regione, compilata l’apposita “**CHECK LIST**” (modello 4), approva mediante Determinazione Dirigenziale l’elenco dei tirocini ammessi a finanziamento; tale Determinazione verrà adottata entro 45 giorni lavorativi dall’ultimo giorno del mese di avvio del tirocinio.

In caso di esito negativo, gli Uffici comunicheranno via pec l’esito dell’istruttoria con l’indicazione della motivazione. Ad eventuali richieste di integrazioni l’Operatore SAL dovrà dare risposta entro 5 giorni lavorativi.

Allegato A

I tirocini che non avranno avuto l'autorizzazione non saranno finanziati. Solo a seguito di autorizzazione sarà possibile richiedere il rimborso dell'indennità secondo la procedura di seguito descritta.

2.3 Rimborso

La ditta ospitante provvede a presentare la **“DOMANDA DI RIMBORSO”** (modello 5) relativamente ai tirocini conclusi ed autorizzati e la invia a mezzo PEC ai seguenti indirizzi controllifse@cert.regione.piemonte.it.

Alla “domanda di rimborso” andranno allegati:

- i cedolini emessi e quietanzati;
- i **“FOGLI PRESENZA DEL TIROCINANTE”** (modello 6)
- la COB
- l'assolvimento di imposta di bollo.
-

La domanda di rimborso per essere dichiarata ammissibile deve essere completa di tutte le informazioni e della documentazione richiesta, nello specifico:

- nominativo del tirocinante, avvio e conclusione del tirocinio, corrispondenti ai dati dei PAI Indennità e relativa comunicazione obbligatoria, verificabile sui sistemi informativi lavoro (SILP e Portale Tirocini);
- contributo richiesto a rimborso correttamente calcolato rispetto ai parametri stabiliti nei Bandi;
- frequenza minima del tirocinante, dichiarata dall'impresa e verificabile sui registri presenza allegati alla domanda;
- pagamento al tirocinante dell'intera somma dovuta come indennità di tirocinio, ai sensi delle discipline regionali di riferimento, desumibile dai cedolini quietanzati allegati alla domanda di rimborso.

Il Settore Gestione Amministrativa procede con il controllo e trasmette il **“VERBALE DI CONTROLLO”** alla ditta ospitante e, per conoscenza, al Settore Lavoro.

A questo punto l'azienda può procedere all'invio della **“NOTA DI RIMBORSO”** a mezzo PEC all'indirizzo politichedellavoro@cert.regione.piemonte.it al Settore Lavoro che provvederà al pagamento all'azienda dell'importo riconosciuto e alla chiusura del “PAI Indennità” su SILP.

3. Disposizioni finali

I soggetti a diverso titolo coinvolti nella presente procedura e, nello specifico, il soggetto che prende in carico la persona disabile, sono tenuti al rispetto dei principi e delle disposizioni di cui alla L.196/2003 in materia di privacy e trattamento dati.



fondo
sociale europeo

www.regione.piemonte.it

Allegato A

Per quanto non espressamente previsto dal presente atto, si rinvia alla disciplina nazionale, regionale.

Le presenti disposizioni potranno essere integrate e/o modificate qualora subentrassero cambiamenti normativi.

Il presente atto sarà pubblicato sul BUR e disponibile sul sito della Regione Piemonte area tematica Lavoro.

MODELLI:

1. attestazione CPI (a cura del CPI)
2. autocertificazione ai sensi della l. 68/99 (a cura della ditta ospitante)
3. riepilogo mensile tirocini attivati (a cura dell'operatore SAL)
4. domanda di rimborso (a cura della ditta ospitante)
5. check list (a cura del Settore Lavoro)
6. registro presenze tirocini (a cura della ditta ospitante)



REGIONE
PIEMONTE

per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva

www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE

Mod1
LOGO APL

*BUONO SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITÀ
D.D. 244 DEL 5/04/2017*

ATTESTAZIONE TIROCINI

CENTRO PER L'IMPIEGO DI _____

In riferimento alla richiesta dell'operatore SAL _____ sede di _____ pervenuta in data _____ al fine dell'attivazione di un tirocinio tra la Ditta ospitante _____ CF _____ e il tirocinante Sig./ra _____ CF _____,

verificata la documentazione agli atti di questo Ufficio,

SI CERTIFICA QUANTO SEGUE:

1) Il lavoratore:

- è regolarmente iscritto negli elenchi del collocamento mirato art. 1 L.68/99
- NON è regolarmente iscritto negli elenchi del collocamento mirato art. 1 L.68/99

2) Il lavoratore:

- è in possesso della diagnosi funzionale prevista dalla L.68/99
- NON è in possesso della diagnosi funzionale prevista dalla L.68/99

3) Il lavoratore:

- NON rientra tra le categorie di particolare disagio o con forte difficoltà di inserimento (di cui all'elenco che segue)
- rientra nella seguente categoria:
 - persone con disabilità intellettive e mentali;
 - persone con disabilità sensoriali uditive (sordi) e sensoriali visive (ciechi);
 - persone con disabilità da patologia mista (fisica e psichica mentale);
 - persone con pluriminorazioni che comportino una disabilità pari o superiore al 67%;
 - persone con disabilità iscritte negli elenchi (L.68/99) dei CPI da almeno 48 mesi;

- persone con disabilità ultra cinquantenni iscritti negli elenchi (L.68/99) dei CPI da almeno 12 mesi;
- persone con disabilità di età superiore ai 60 anni;
- persone con disabilità pari o superiore all'80%.

4) Eventuale valutazione in merito al tirocinio

Timbro e firma del Responsabile

Mod2

Su carta intestata della ditta ospitante

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELLA L.68/99

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
__/__/_____,
legale rappresentante della ditta ospitante

C.F./P. IVA _____

con sede legale a _____ (_____) in _____, n. ____

CAP _____

e con sede operativa (ospitante il tirocinio – da compilare solo se diversa dalla sede legale) a

_____ (_____) in _____, n. ____ CAP _____

e-mail _____

pec _____

recapito telefonico _____

DICHIARA

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 D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46-47 del citato D.P.R. e consapevole che qualora non emerga la veridicità della presenti dichiarazioni, l'Amministrazione Regionale disporrà la decadenza di ogni beneficio ai sensi dell'art. 75 , comma 1 dello stesso D.P.R.

di essere nella seguente condizione:

- Ditta "in obbligo": il tirocinio sospende una scopertura ai sensi della convenzione L. 68/99 art.11 (convenzione con il CPI di _____ con scadenza il __/__/____)
- Ditta "non in obbligo": il tirocinio non sospende una scopertura (azienda non in obbligo <15 dipendenti oppure adempiente agli obblighi della L. 68/99)

Luogo e data

Legale rappresentante

Si allega documento di identità del legale rappresentante



fondo
sociale europeo

Mod3

Riepilogo tirocini attivati

Operatore _____

Ambito _____

Mese di _____

*“Buono Servizi Lavoro per
Persone con Disabilità”
(DD n. 244 del 05/04/2017)*



REGIONE
PIEMONTE

per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva

www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE



fondo
sociale europeo

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/_____,
legale rappresentante di _____ cod operatore _____
con sede legale a _____ (____) in _____, n.____ CAP _____
C.F. _____

DICHIARA

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 D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46-47 del citato D.P.R.:

Tirocini attivati nel mese di _____

N	CF tirocinante	Nome e cognome tirocinante	CPI di competenza tirocinante	CF/P.IVA ditta ospitante	Denominazione ditta ospitante	Sede operativa ditta ospitante	Categoria disabilità ¹	Data inizio tirocinio	Durata prevista (mesi)	Ore previste complessive ²
1										
2										

¹ Si deve inserire "particolare disagio" per le categorie indicate nel Bando D.D. 244 del 05/04/2017

² Riportare il dato inserito nel PAI indennità di SILP



per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva

www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE



fondo
sociale europeo

Il dichiarante prende atto che qualora non emerga la veridicità della presenti dichiarazioni, l'Amministrazione Regionale disporrà la decadenza di ogni beneficio ai sensi dell'art. 75 , comma 1 del D.P.R. 445/2000.

Alla presente domanda è allegata la seguente documentazione:

- 1) Attestazione del CPI di competenza
- 2) Autocertificazione ai sensi della l. 68/99
- 3) Assenso del medico del lavoro competente
- 4) COB

Luogo e data

Legale rappresentante soggetto ospitante

Parte riservata agli Uffici della Regione Piemonte

L'ufficio competente del Settore Politiche del Lavoro dichiara che è stata controllata presso il CPI di riferimento che quanto dichiarato nell'allegato "Autocertificazione ai sensi della l. 68/99" risulta:

regolare

non regolare (motivazione) _____



REGIONE
PIEMONTE

per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva

www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE



fondo
sociale europeo

Mod4

Marca da bollo
Euro 16

Modello di richiesta di rimborso dell'indennità di tirocinio

*“Buono Servizi Lavoro per
Persone con Disabilità”
(DD n. 244 del 05/04/2017)*

SI RICORDA CHE LA DOMANDA DI RIMBORSO PUÒ ESSERE PRESENTATA, IN SEGUITO ALL'APPROVAZIONE CON D.D. DEL TIROCINIO E DAL GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DELLA COB DI CESSAZIONE DEL TIROCINIO, FINO AL 31 GENNAIO 2019 TERMINE ULTIMO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.



REGIONE
PIEMONTE

per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva

www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE

<i>Direzione Coesione Sociale</i>	Settore Lavoro e Inclusione sociale
Procedura per il rimborso dell'indennità di tirocinio – Buono Servizi Lavoro per Persone con Disabilità	Pagina 2 di 4

Domanda di rimborso dell'indennità di tirocinio

(da compilarsi a cura del soggetto ospitante)

OGGETTO: BANDO BUONO SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITA'. Richiesta di rimborso del contributo indennità di tirocinio

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/_____,
 legale rappresentante del soggetto ospitante _____ con sede a
 _____ (_____) in _____, n.____ CAP _____
 C.F. del soggetto ospitante _____
 e-mail del soggetto ospitante _____, pec _____
 recapito telefonico _____
 impresa iscritta nel Registro delle imprese n. _____ (se presente)
 matricola INPS del soggetto ospitante _____
 coordinate bancarie del soggetto ospitante IBAN _____

CHIEDE

L'erogazione di:

Euro _____

per un numero complessivo di _____ tirocini

quale rimborso dell'indennità di tirocinio erogata ai tirocinanti, a valere sul bando Buono servizi al lavoro per persone con disabilità.



DICHIARA

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 D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46-47 del citato D.P.R.:

1. Dati dei "tirocinanti"

N.	Nome e cognome tirocinante	Data e luogo di nascita	Domicilio (via, cap, città, provincia)	Codice fiscale	Categoria disabilità ¹
1					
2					

Fonte del dato: comunicazioni obbligatorie di avvio e cessazione

2. Dati dei "tirocini"

N.	Tirocinio avviato il (gg/mese/anno)	Data fine del tirocinio all'avvio (gg/mese/anno) ²	Concluso il (gg/mese/anno)	Ora effettive di svolgimento	Rimborso di euro
1					
2					

Fonte del dato: comunicazioni obbligatorie di avvio e cessazione

¹ Si deve inserire "particolare disagio" per le categorie indicate nel Bando D.D. 244 del 05/04/2017

² La data indicata deve essere comprensiva delle eventuali proroghe del tirocinio.

Il dichiarante prende atto che qualora non emerga la veridicità della presenti dichiarazioni, l'Amministrazione Regionale disporrà la decadenza di ogni beneficio ai sensi dell'art. 75 , comma 1 del D.P.R. 445/2000.

Alla presente domanda è allegata la seguente documentazione:

- a) copia dei cedolini/buste paga con quietanza dei tirocinanti, attestanti l'avvenuto pagamento ai tirocinanti dell'importo di cui si richiede il rimborso;
- b) registri di frequenza o altro documento di rilevazione presenze del tirocinante;
- c) copia di un documento di identità del legale rappresentante del soggetto ospitante in corso di validità;
- d) COB relativa al tirocinio.

Luogo e data

Legale rappresentante soggetto ospitante

Parte riservata agli Uffici della Regione Piemonte

Protocollo : _____ - __/__/_____

Importo riconosciuto Euro _____

L'ufficio amministrativo-contabile del Settore Politiche del Lavoro dichiara che è stata controllata la documentazione di cui ai punti a) e b), è risultata:

regolare

non regolare (motivazione) _____

CHECK LIST DI CONTROLLO PER L'AUTORIZZAZIONE AIIA RICHIESTA DI FINANZIAMENTO
DELL'INDENNITA' DI TIROCINIO

(DD 321 del 3/5/2017)

TIROCINANTE:

CODICE FISCALE:

SOGGETTO PROMOTORE:

CONTROLLO	EVIDENZA	NOTE PER VERIFICA	SI / NO	COMMENTI
1. REGOLE GENERALI				
ATTO DI ADESIONE	Sottoscritto dal legale rappresentante (o procuratore speciale) dell'Operatore <u>prima</u> dell'apertura del primo PAI	I registri sono stati rilasciati dall'ufficio programmazione previa verifica dell'invio dell'Atto di adesione	SI	GIA' VERIFICATO DALL'UFFICIO PROGRAMMAZIONE
PAI CONTRIBUTO INDENNITA' e PRESENZA DELLA COB	Presenza del PAI	Data PAI entro 3 giorni da COB		
2. TIROCINANTE				
ANAGRAFICA	Presenza dei dati identificativi essenziali	Nome e cognome/CF /data di nascita		
REQUISITI DISABILITA' L.68/99	Verifica che il tirocinio abbia ottenuto il parere favorevole del CPI e del medico del lavoro	Verificare il documento "riepilogo mensile tirocini attivati" trasmesso dai soggetti promotori e i suoi allegati		
3. SOGGETTO PROMOTORE				
ANAGRAFICA	Presenza dei dati identificativi essenziali	denominazione/ CF o PI		
TUTOR	Indicazione del tutor del soggetto promotore	Nome		
4. SOGGETTO OSPITANTE				

ANAGRAFICA	Presenza dei dati identificativi essenziali	denominazione/ CF o PI		
TUTOR	Indicazione del tutor aziendale	Nome		
SEDE OPERATIVA	Indicazione della sede operativa presso la quale si svolge il tirocinio.	La sede deve essere ubicata in Piemonte		
SITUAZIONE L.68/99	Verifica della situazione della ditta ai sensi della L. 68/99	Verificare il documento "riepilogo mensile tirocini attivati" trasmesso dai soggetti promotori e i suoi allegati		
5. RAPPORTO DI TIROCINIO				
CONVENZIONE	Presenza dell'indicazione della Convenzione	Data antecedente o uguale data avvio tirocinio		
PROGETTO FORMATIVO	Progetto Formativo regolarmente caricato sul Portale	Presenza del campo STAMPATO		
DISCIPLINA DEI TIROCINI APPLICATA	Indicazione della disciplina applicata	Presenza indicazione DGR		
SOGGETTO ATTUATORE	Indicazione del servizio pubblico che ha in carico il tirocinante	Soggetto <u>PRESENTE SOLO</u> in caso di indicazione della DGR 42/2014		
DURATA CONTRATTUALE DEL TIROCINIO	Uguale o superiore a 3 mesi, fino a 12 mesi (proroghe comprese)	Non inferiore a 3 mesi		
IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE	Puo' essere anche part time (20 ore)			
INDENNITA'	Indicazione dell'indennità e coerenza con le ore settimanali	Minimo 300 € per 20 ore settimanali (3,40€* impegno orario dichiarato)		
MODALITA' DI SVOLGIMENTO	Indicazione delle modalità di svolgimento del tirocinio	Presenza delle modalità di accesso ai locali da parte del tirocinante		

GARANZIE ASSICURATIVE	Presenza delle garanzie assicurative INAIL e RC	Indicazione delle garanzie INAIL e RC		
FIGURA PROFESSIONALE	Indicazione della qualifica professionale	Ammesse qualifiche generiche (es. pulizie). Non ammesse figure normate se manca qualifica		
OBIETTIVI DEL TIROCINIO	Descrizione degli obiettivi del tirocinio	Presenza della descrizione		
DATA CESSAZIONE TIROCINIO	Presenza della data di cessazione del tirocinio (se il tirocinio si interrompe prima della scadenza naturale)	Se cessato verificare periodo effettivo di durata		
DURATA EFFETTIVA DEL TIROCINIO	Periodo di frequenza del tirocinio	Uguale o superiore a 1 mese		

Note

N.V.: non valutabile.

OSSERVAZIONI:

ESITO DEL CONTROLLO:

POSITIVO

NEGATIVO

SOSPESO

Data del controllo:

Controllato da:

Firma:

Firma:

Firma:

Firma:

Mod6

REGISTRO PRESENZE TIROCINIO

**BUONO SERVIZI LAVORO PER PERSONE CON DISABILITA'
DI CUI ALLA D.G.R. N. 15-4165 DEL 07/11/2016,
APPROVATO CON D.D. N. 244 DEL 05/04/2017**

SOGGETTO PROMOTORE	
TIROCINANTE	
CODICE FISCALE TIROCINANTE	
SOGGETTO OSPITANTE	
SEDE TIROCINIO	

ATTIVITA' SVOLTA	
-------------------------	--

MESE:				ANNO:		
GIORNO	ORARIO		TOTALE ORE GIORNALIERE	FIRMA TIROCINANTE	FIRMA TUTOR AZIENDALE	
	MATTINO	POMERIGGIO				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOTALE ORE MENSILI						

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE
AZIENDALE