

Codice A1501A

D.D. 20 ottobre 2017, n. 997

**Buono Servizi Lavoro rivolto a persone disoccupate da almeno sei mesi di cui alla D.D. n. 524 del 29 luglio 2016 e Buono Servizi Lavoro rivolto a persone in condizione di particolare svantaggio di cui alla D.D. n. 523 del 29 luglio 2016. Approvazione check list di controllo per il rimborso delle indennità di tirocinio.**

(omissis)

IL DIRIGENTE

(omissis)

*determina*

- di approvare le check list per il riconoscimento delle indennità di tirocinio ai sensi del Bando Buono servizi lavoro per persone disoccupate da almeno 6 mesi (DD n. 524/2016) e del Bando Buono servizi lavoro per persone in condizioni di particolare svantaggio (DD n. 524/2016), di cui agli allegati A e B, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, secondo le procedure previste dalla D.D. 321 del 03/05/2017
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico della Regione Piemonte

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

La presente Determinazione verrà pubblicata sul BU della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010 ma non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.Lgs n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA."

**Il Dirigente del Settore**

Dott. Erminia Garofalo

Allegato

**BUONO SERVIZI LAVORO PER PERSONE DISOCCUPATE DA ALMENO SEI MESI**

**RIMBORSO DELLA INDENNITA' DI TIROCINIO**

**CHECK LIST**

Nominativo tirocinante \_\_\_\_\_

C F \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

ELEMENTO DA VERIFICARE	P/NP
Obblighi Pubblicitari	
Marca da bollo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica condizioni per eventuale esenzione</li> </ul>	
Durata minima del tirocinio	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under 50: 1 mese</li> <li>• Over 50: 3 mesi</li> </ul>	
Domanda di rimborso indennità tirocinio	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• COB (avvio e termine del rapporto di Lavoro)</li> <li>• Cedolino</li> <li>• Quietanza/attestazione di pagamento</li> </ul>	
Fogli firma	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Firme tirocinante</li> <li>• Firma tutor aziendale</li> </ul>	
Somma richiesta	
ESITO (positivo/negativo)	
SOMMA RICONOSCIUTA DA LIQUIDARE (esporre calcolo)	



fondo  
sociale europeo

Note:

IL FUNZIONARIO INCARICATO

---

LA DIRIGENTE DEL SETTORE

**BUONO SERVIZI LAVORO PER PERSONE IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE SVANTAGGIO**

**RIMBORSO DELLA INDENNITA' DI TIROCINIO**

**CHECK LIST**

Nominativo tirocinante \_\_\_\_\_

C F \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

ELEMENTO DA VERIFICARE	P/NP
Obblighi Pubblicitari	
Marca da bollo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica condizioni per eventuale esenzione</li> </ul>	
Durata minima del tirocinio (almeno un mese in caso di cessazione anticipata)	
Domanda di rimborso indennità tirocinio	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• COB (avvio e termine del rapporto di Lavoro)</li> <li>• Cedolino</li> <li>• Quietanza/attestazione di pagamento</li> </ul>	
Fogli firma	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Firme tirocinante</li> <li>• Firma tutor aziendale</li> </ul>	
Somma richiesta	
ESITO (positivo/negativo)	
SOMMA RICONOSCIUTA DA LIQUIDARE (esporre calcolo)	



fondo  
sociale europeo

Note:

IL FUNZIONARIO INCARICATO

---

LA DIRIGENTE DEL SETTORE