

CARTA INTESTATA O TIMBRO DELL'AZIENDA

ALLEGATO 12

## DICHIARAZIONE RELATIVA AI COSTI SOSTENUTI PER L'ADATTAMENTO DELLE COMPETENZE (DOTE FORMATIVA)

\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_<sup>1</sup>  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta/Società  
\_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

NELLA PIENA CONSAPEVOLEZZA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 IN CASO DI  
DICHIARAZIONI MENDACI

### DICHIARA

*(barrare la casella interessata)*

- che per l'attività di adeguamento delle competenze del Sig \_\_\_\_\_,  
beneficiario delle azioni previste dal Programma Welfare to Work, realizzate secondo quanto  
previsto dal progetto formativo, ha sostenuto i seguenti costi:

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Inserire la data nel formato gg/mm/aaaa

*Assessorato alle Politiche e Servizi per il Lavoro*

*Welfare to Work - Dichiarazione relativa ai costi sostenuti per l'adattamento delle competenze (Dote Formativa)*

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 15.06.2011*

APPROVATO CON: *Det. A.L. n. 138 del 15.06.2011*

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Lavoro*

RESPONSABILE *Dr.ssa Lorena Cordeddu*

SERVIZIO: *Politiche per il Lavoro*

SEDE: *via Carlo Felice, 201 - 09025 Santuri (VS)*

TEL.: *070 9356200*

FAX.: *070 9371089*

REDATTO DA: *Maria Grazia Lasi*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *lavoro@provincia.mediocampidano.it*

	Costi Attività Formativa	Retribuzione oraria	Ore	Importo
1	Tutor Aziendale (Sig. _____)			
2				
	<b>TOTALE</b>			

Si allega lo schema di calcolo del costo orario e la fotocopia della busta paga del Tutor aziendale, Sig. \_\_\_\_\_;

- che l'attività di adeguamento delle competenze del Signor \_\_\_\_\_, beneficiario delle azioni previste dal Programma Welfare to Work, realizzate secondo quanto previsto dal progetto formativo, è stata svolta dal titolare/legale rappresentante dell'Azienda Signor \_\_\_\_\_ e che per la determinazione della retribuzione oraria relativa all'attività formativa è stato individuato quale parametro di riferimento la retribuzione fissa (Minimo tabellare + Contingenza) lorda prevista dal C.C.N.L. \_\_\_\_\_ per il livello o categoria immediatamente superiore a quello attribuito al lavoratore beneficiario del contributo "dote formativa". Pertanto i costi sostenuti sono i seguenti:

	Costi Attività Formativa	Retribuzione oraria	Ore	Importo
1	Tutor Aziendale (Sig. _____)			
2				
	<b>TOTALE</b>			

Si allega lo schema di calcolo del costo orario e la fotocopia delle tabelle retributive previste dal vigente CCNL.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_