

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 _____¹
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:

¹ 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				
	TOTALE			

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				
	TOTALE			

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
