



AVVISO PUBBLICO – ATTUAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA DELLE AZIONI DI RETE PER IL LAVORO NELL'AMBITO DEL PERCORSO 5 DEL PROGRAMMA "GARANZIA DI OCCUPABILITÀ DEI LAVORATORI – GOL"

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

(Missione 5 – Componente 1- Riforma 1.1)

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE

DG Istruzione Formazione e Lavoro
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

Denominazione capofila:

ID richiesta di liquidazione:

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____ CF _____, in qualità di (rappresentante legale/altro soggetto con potere di firma)

CHIEDO

Il riconoscimento del seguente importo per i seguenti servizi erogati:

Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

DICHIARO

- che la presente domanda di liquidazione rispetta le condizioni definite nel Manuale di gestione e rendicontazione, di cui ho preso atto;

- che l'importo richiesto è riferito ai seguenti servizi al lavoro:

Servizio: _____ Importo: $[Costo\ orario] \times [ore\ erogate]$ PIP n. _____

Servizio: _____ Importo: $[Costo\ orario] \times [ore\ erogate]$ PIP n. _____

Servizio: _____ Importo: $[Costo\ orario] \times [ore\ erogate]$ PIP n. _____

Servizio: _____ Importo: $[Costo\ orario] \times [ore\ erogate]$ PIP n. _____

N. iscrizione al registro delle imprese: _____ Data iscrizione: _____ Partita IVA: _____ Data apertura

Partita IVA: _____

Servizio: _____ Importo: _____ PIP n. _____

Tipologia contrattuale: _____ Somministrazione: _____ Codice COB: _____ Data inizio contratto: _____

Data fine contratto: _____ Datore di lavoro: _____ Codice Fiscale/Partita IVA: _____ Azienda

utilizzatrice: _____ Codice Fiscale/Partita IVA: _____

Servizio: _____ Importo: _____ PIP n. _____

Codice COB: _____ Data inizio tirocinio: _____ Data fine tirocinio: _____ Soggetto ospitante: _____

Codice Fiscale/Partita IVA: _____

- che l'importo richiesto è riferito ai seguenti servizi formativi:

ID Corso

PIP n. _____ Importo: _____ Tipologia: Formazione di inserimento lavorativo

PIP n. _____ Importo: _____ Tipologia: Formazione di inserimento lavorativo

....

Nome cognome docente: _____ CF _____ Numero di ore erogate: _____ Fascia: _____

Nome cognome docente: _____ CF _____ Numero di ore erogate: _____ Fascia: _____

Totale complessivo

- che i servizi sono erogati coerentemente con gli standard di qualità e costo definiti da Regione Lombardia;
- che i servizi erogati sono documentati secondo le indicazioni nel Manuale di gestione e rendicontazione, con specifico riferimento alle ore erogate e ai risultati conseguiti, e che la relativa documentazione è conservata in originale presso: _____;
- di essere consapevole che i documenti comprovanti l'erogazione del servizio possono essere richiesti da Regione Lombardia in qualunque momento;
- di non aver percepito altri finanziamenti pubblici per l'erogazione dei servizi di cui avanza la presente domanda di liquidazione.
- di non aver percepito dai beneficiari alcuna forma di compenso per le attività erogate.
- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con Regione Lombardia.

Allego:

- in caso di servizio di Formazione mirata all'inserimento lavorativo, copia del registro formativo e delle presenze ed ulteriore documentazione di cui alla D.g.r. 16 maggio 2022 n. XI/6380 (nei soli casi di documentata impossibilità ad utilizzare l'App FirmaLom o SPID/CieD/CRS/CNS con PIN).
- in caso di servizio di Formazione mirata all'inserimento lavorativo:
 - copia dell'autodichiarazione a firma dell'operatore che attesti che la persona sia in una condizione di disabilità o che non consentono l'utilizzo dell'App FirmaLom o SPID/CieD/CRS/CNS con PIN;
 - copia dell'autodichiarazione a firma del beneficiario e controfirmata dall'operatore nella quale sia data evidenza della causa di impossibilità all'utilizzo dell'App FirmaLom o SPID/CieD/CRS/CNS con PIN;
- in caso di servizio di Formazione per la Creazione d'Impresa, business plan, copia del certificato di iscrizione al registro delle imprese, ovvero copia del certificato di attribuzione della partita IVA.
- in caso dei servizi a processo: Accompagnamento al lavoro e Orientamento specialistico, copia del timesheet cartaceo, qualora la persona non utilizzi l'app FirmaLom.
- In caso di servizio Orientamento specialistico, Output esito dell'attività di IVC, se del caso.
- in caso di servizio di Incontro Domanda e Offerta, copia del contratto di lavoro, nel caso in cui la COB non dia evidenza del dato relativo alle ore settimanali medie e relazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti.
- in caso di servizio di Promozione e Attivazione del tirocinio, copia del registro delle presenze/attività.

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato
[SOGGETTO CAPOFILA]

(documento firmato digitalmente)