**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

**Dote Impresa Collocamento Mirato - Rimborso per l’attivazione di tirocini**

**(rimborso spese sanitarie sostenute per contrastare l’epidemia di covid-19)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | C.F. |  |
| in qualità di | ☐ Legale Rappresentante | ☐ Soggetto con potere di firma |
|  Del soggetto intestatario della fattura  |  |
| C.F./P.I. |  | sede legale |  |

**CONSAPEVOLE**

delle responsabilità anche penali assunte in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi e loro uso, e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli [75](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828ART87&c=E,1,viAWralsjGRvUvLDArHX0b-xHJJf1hVTs82VIEFpPHuO245nPRIzm6rUdgkCDZIlXb61txc-JjVOnnb4T71EIxtIULge-nq7l7ep5ZLsQFlvVM6tuBqNbLw,&typo=1) e [76](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828ART88&c=E,1,3Z-6dXa0Vdfc2y-K9anKQxkIHGyRkrzKi7farxf-b3LwW4jrs-OghhgiENrNZKbj9qluPMw33lYlMWd5RHFKrvsg__LSt0wr1452vsa3ws9NZabqD26QtqJxbgM,&typo=1) del [D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828&c=E,1,7XJuVa6kT9_6ruaoSDkW2XtzUjgF_isqReNTHzuj0e1UawaRvA4JHU2Fsa0rPPVHQ_BjVLinW3ce0VnlK_fJlVwUohHrbiywKyq7tZFS&typo=1) (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

**DICHIARA**

**che per la riattivazione del tirocinio e il rientro al lavoro**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| del Sig. / della Sig.ra |  | C.F. |  |
| data inizio tirocinio [[1]](#footnote-1) |  | data fine tirocinio [[2]](#footnote-2) |  |
| domanda di ammissione prot. n. |  | del |  |

**sono state sostenute le seguenti spese sanitarie per contrastare l’epidemia di COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ N. \_\_\_\_\_\_ visita/e medica/e per certificato di idoneità alla mansione | € |  |
| ☐ N. \_\_\_\_\_\_ tampone/i | € |  |
| ☐ Test sierologico | € |  |
| ☐ Altro – specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | € |  |

(selezionare la o le voci che interessano)

**per un importo totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il quale si richiede il rimborso [[3]](#footnote-3).**

**DICHIARA**

altresì

* che le spese sopra indicate sono collegate alla/e fattura/e:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n. |  | del |  |
| n. |  | del |  |
| n. |  | del |  |

(aggiungere righe se necessario)

* che l’esame/i e la visita/e sopra rendicontati sono stati eseguiti perché ritenuti necessari per il rilascio del certificato di idoneità al rientro al lavoro da parte del medico del lavoro del contesto ospitante e che la documentazione è conservata agli atti**;**
* di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene presentata

Ai fini del rimborso, allega la seguente documentazione[[4]](#footnote-4):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

(aggiungere righe se necessario)

|  |  |
| --- | --- |
| data |  |

 **Il Legale Rappresentante / Soggetto con potere di firma**

*Documento firmato digitalmente [[5]](#footnote-5)*

1. - Indicare la data prevista nella COB e nel Progetto Formativo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare le date previste nella COB e nel Progetto Formativo. [↑](#footnote-ref-2)
3. Comunque entro i limiti dell’importo prenotato e comunque non oltre l’importo massimo previsto dal Bando di € 3.000,00. [↑](#footnote-ref-3)
4. Allegare copia dei giustificativi di spesa: fatture quietanziate, estratti conto, bonifici con esito eseguito/concluso/accreditato. [↑](#footnote-ref-4)
5. La presente dichiarazione deve essere firmata digitalmente dal soggetto ospitante, intestatario della/e fattura/e, che ha effettuato il/i pagamento. [↑](#footnote-ref-5)