 

 

***Distretto socio sanitario RM 5.2***

***Ufficio del Piano di zona***

**All. 13 Modello M “Dichiarazione di regolare pagamento dell’indennità mensile”**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA AD ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE E ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO DELLA REGIONE LAZIO ISCRITTE AL RUNTS PER L’ATTIVAZIONE DI TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE EX DGR 511/2013 RIVOLTI A SOGGETTI SVANTAGGIATI PRESI IN CARICO NELL’AMBITO DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.2.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nome e cognome del tirocinante)*  nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tirocinante presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(inserire nome Soggetto ospitante)* con riferimento al tirocinio promosso da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*inserire nome Soggetto promotore)*

DICHIARA

* di aver ricevuto ad oggi dal soggetto promotore a titolo di indennità di tirocinio la somma complessiva di euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relativa a n.\_\_\_\_ mensilità;
* che il pagamento è avvenuto tramite (*barrare casella/e di interesse*):
* assegno bancario;
* assegno circolare;
* bonifico bancario;
* bonifico domiciliato.
* che detta somma gli/le è stata pagata regolarmente, per ogni mese di tirocinio da lui/lei svolto.

Luogo e data

Firma del tirocinante

o tutore legale[[1]](#footnote-1)

1. Allegare copia del documento di identità del tirocinante. Nell’eventualità di impedimenti certificati che impediscano la compilazione del presente documento, tale compito potrà essere svolto dal tutore o da altra persona che assiste il tirocinante, allegando copia del relativo documento di identità. [↑](#footnote-ref-1)