



Comune di Lariano

CITTA' DI VELLETRI
Città metropolitana di Roma Capitale
Capofila Distretto Socio-Sanitario RM 6.5
Piazza Cesare Ottaviano Augusto
CAP 00049 -tel. 06961581
www.comune.velletri.rm.it



Comune di Velletri



MODELLO M

DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 6.5

Avviso a favore della realizzazione di tirocini di inclusione sociale

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

(A) di aver ricevuto ad oggi dal soggetto promotore a titolo di indennità di tirocinio la somma complessiva di euro _____ relativa a n. ____ mensilità;

(B) che il pagamento è avvenuto tramite (barrare casella/e di interesse):

- assegno bancario;
- assegno circolare;
- bonifico bancario;
- bonifico domiciliato.

(C) 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

¹Allegare 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.