Ragione sociale

N.	Nome	Cognome	Data di nascita	Codice Fiscale	Lavoratore con disabilità	Requisito di ammissibilità accertato dal datore di lavoro
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

All. 8 – Prospetto di riepilogo della d

DATI RELATIVI AI LAVORAT					
Regione di residenza del lavoratore al giorno dell'assunzione	Comune di residenza del lavoratore al giorno dell'assunzione	CPI di iscrizione al momento dell'assunzione	Data assunzione	Data comunicazione obbligatoria (indicare la CO dalla quale si evince la data di assunzione)	Prima mensilità remunerata (mm/aaaa)

omanda di rimborso

ORI ASSUNTI					
Indicare se in apprendistato	Tipologia di contratto (indicare full time o part-time)	CCNL	Inquadramento	Costo salariale annuo (effettivo)	Lavoratore per cui l'impresa beneficia di altri contributi

RIEPILOGO DELLA DOMANDA DI AIUTO	
COSTO TOTALE	0
CONTRIBUTO RICHIESTO	0
COFINANZIAMENTO	0

Importo Massimo di contributo	Importo Massimo di contributo	IMPORTO DEL CONTRIBUTO RICHIESTO	NOTE