



Regione Autonoma **Valle d'Aosta**
Région Autonome **Vallée d'Aoste**

RICHIESTA DI EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ MENSILE

Il/la sottoscritto/a nato/a il a provincia,
residente in, via, provincia, CAP, *(in caso di domicilio
diverso dalla residenza)* domiciliato in, via, provincia, CAP
....., telefono....., e-mail, codice fiscale, in qualità di
tirocinante presso il soggetto ospitante, codice fiscale/partita iva
....., ai sensi della Convenzione di tirocinio n., progetto formativo n.
....., la durata del quale è pari a *(mesi)*, da svolgersi nel
periodo dal al

chiedo

l'erogazione dell'indennità mensile relativa al periodo dal al..... attraverso *(indicare
l'opzione del caso)*:

- ☐ bonifico domiciliato presso Ufficio postale del Comune di sede di
..... *(indirizzo Ufficio postale)*
- ☐ accredito sul conto corrente bancario o postale presso la Banca/Posta
..... sede di intestato
a codice IBAN

allego

copia fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data,

Firma

Timbro e firma per ricevuta Ente