

Allegato D

TRACCIATO DEI DATI DA INVIARE PER IL PAGAMENTO DEI TIROCINI		Versione 1.0 del 08/07/2014	
NOME	Descrizione	Obbligatorio/Facoltativo	Annotazioni
DATA_COMPILAZIONE_DOMANDA	Data di invio della domanda di pagamento sul sistema INPS	Obbligatorio	Si noti che la data effettiva di presentazione della domanda sarà in ogni caso quella di arrivo del file con le richieste di pagamento sul sistema INPS
CODICE_ENTE_AUTONOMO	CODICE REGIONE O ENTE AUTONOMO	Obbligatorio	
DESCR_ENTE_AUTONOMO	DESCRIZIONE REGIONE O ENTE AUTONOMO	Obbligatorio	
COGNOME	Cognome Beneficiario	Obbligatorio	
NOME	Nome Beneficiario	Obbligatorio	
CODICE_FISCALE	Codice Fiscale del beneficiario	Obbligatorio	
DATA_NASCITA	Data di nascita del beneficiario	Obbligatorio	
COMUNE_NASCITA	Comune di nascita del beneficiario	Obbligatorio	
PROVINCIA_NASCITA	Provincia di nascita del beneficiario	Obbligatorio	
STATO_NASCITA	Stato di nascita del beneficiario	Obbligatorio	
COMUNE_RESIDENZA/DOMICILIO	Comune di Residenza del beneficiario	Obbligatorio	L'indicazione del domicilio/residenza è necessaria anche ai fini della domiciliazione del bonifico (cfr. premessa al presente tracciato)
PROVINCIA_RESIDENZA	Provincia di residenza del beneficiario	Obbligatorio	" "
STATO_RESIDENZA	Stato di residenza del beneficiario	Obbligatorio	" "
INDIRIZZO	Indirizzo di residenza/domicilio del beneficiario	Obbligatorio	" "
CAP	Cap residenza/domicilio del beneficiario	Obbligatorio	" "
TELEFONO	Numero di telefono del beneficiario	Facoltativo	
EMAIL	Indirizzo email del beneficiario	Facoltativo	
NUMERO_DELIBERA_REGIONE	Numero provvedimento Ente Autonomo	Facoltativo	
ANNO_DELIBERA_REGIONE	Anno-provvedimento Ente Autonomo	Facoltativo	
DATA_ESITO_DELIBERA_REGIONE	Data Esito provvedimento Ente Autonomo	Facoltativo	
MATRICOLA_SOGGETTO_OSPITANTE	Matricola Inps dell'Azienda che ospita il tirocinante	Facoltativo	
CF_SOGGETTO_OSPITANTE	Codice Fiscale/Partita Iva dell'Azienda che ospita il tirocinante	Facoltativo (Partita IVA) Obbligatorio (CF)	
RAGIONE_SOCIALE_SOGGETTO_OSPITANTE	Ragione Sociale dell'Azienda che ospita il tirocinante	Facoltativo	
FLAG_TIPO_PRESTAZIONE	Tipo di prestazione	Obbligatorio	Assume valore 'T'
DATA_INIZIO_PRESTAZIONE	Data Inizio della prestazione	Obbligatorio	
DATA_FINE_PRESTAZIONE	Data Fine della prestazione	Obbligatorio	
DURATA_PRESTAZIONE	Numero Giornate Prestazione	Non compilare	Non compilare nel caso dei Tirocinio
IMPO_PRESTAZIONE_LORDA_PERIODO	Importo lordo complessivo della prestazione	Obbligatorio	E' possibile comunicare un importo complessivo riferito, ad esempio, ad un periodo di 3 mesi interamente trascorso. in tal caso verranno pagati 3 mesi in un'unica soluzione
IMPO_PRESTAZIONE_LORDA_GIORNALIERA	Importo lordo giornaliero della prestazione	Facoltativo	Non compilare nel caso dei Tirocinio
IBAN_PAESE	Coordinata Bancaria CC indicate dal beneficiario	Facoltativo	Se l'IBAN non viene indicato il pagamento avverrà a mezzo Bonifico domiciliato; se si vuole l'accredito bancario è necessario indicare l'iban (anche di un parente prossimo). Si rammenta che, ai sensi della normativa vigente, per importi uguali o superiori a € 1000,00 (mille), si renderà comunque necessario comunicare un codice iban.
IBAN_CONTROLLO	Coordinata Bancaria CC indicate dal beneficiario	Facoltativo	" "
CIN_BENEFICIARIO	Coordinata Bancaria CC indicate dal beneficiario	Facoltativo	" "
ABI_BENEFICIARIO	Coordinata Bancaria CC indicate dal beneficiario	Facoltativo	" "
CAB_BENEFICIARIO	Coordinata Bancaria CC indicate dal beneficiario	Facoltativo	" "
CONTO_BENEFICIARIO	Coordinata Bancaria CC indicate dal beneficiario	Facoltativo	" "