

DICHIARAZIONE SOGGETTO EROGATORE DEL PERCORSO FORMATIVO
--

ai sensi del DPR 445/00 artt. 46 e 47

(Presentare su carta intestata)

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante di
 _____ soggetto erogatore del percorso formativo
 denominato _____

Indirizzo _____ città _____ Provincia _____

Codice fiscale/P.IVA _____

Consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(Barrare le caselle corrispondenti al proprio stato e inserire le informazioni richieste):

che il soggetto erogatore è:

Organismo formativo accreditato dalla Regione Toscana ai sensi della DGR 968/2007 e s.m.i (codice di accreditamento: _____)

Organismo formativo accreditato nella Regione di appartenenza _____ (codice di accreditamento: _____) con atto _____ di rilascio dell'accREDITAMENTO (indicare la Regione di appartenenza, il relativo codice di accREDITAMENTO ed estremi dell'atto della Regione di rilascio dell'accREDITAMENTO)

Ordine professionale

Collegio professionale

Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla legge 4/2013

Associazione professionale riconosciuta ai sensi della L.R. 73/2008

Soggetto erogante percorso formativo accreditato dall'ordine/collegio/associazione _____

Provider accreditato ECM (Educazione continua in Medicina)

Università/Scuola di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR che la abilita al rilascio del titolo di master

Università pubblica di altro Stato comunitario/riconosciuta da autorità competente dello Stato comunitario

Scuola/istituto di alta formazione di altro Stato comunitario, pubblico o riconosciuto da autorità competente dello Stato comunitario e da questa abilitato per il rilascio del titolo di master

DICHIARA inoltre

- che la data prevista di inizio delle attività formative per il percorso denominato _____ è il _____ (indicare gg/mm/aa) e la data di conclusione prevista è il _____ (indicare gg/mm/aa);

- che il costo del suddetto corso è pari ad euro _____ iva inclusa ed euro _____ iva esclusa;
- che, in esito al percorso formativo, verrà rilasciata una delle seguenti attestazioni:
 - attestato di frequenza
 - attestato di qualifica
 - master I livello
 - master II livello
- (*se pertinente*) che verranno rilasciati n. ____ Crediti Formativi Professionali (CFP);
- (*se pertinente*) che verranno rilasciati n. ____ Crediti Formativi Universitari(CFU);
- che le attività formative verranno realizzate in regola con la normativa in materia di sicurezza;
- la propria disponibilità ad accogliere il personale regionale per l'effettuazione di eventuali controlli in loco.

FORNISCE altresì le seguenti informazioni

Referente eventuale da contattare _____

Telefono _____

Mail _____

PEC _____

Data ____/____/____

Firma del legale rappresentante o di suo delegato*
(Allegare copia documento di identità in corso di validità chiara e leggibile)

** In caso di sottoscrizione da parte di un delegato, allegare documento di delega.*