

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 _____
 C.F. _____ 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 1407/16 e ss.mm.ii e alla DGR 894/17 e ss.mm.ii; (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)*
- Università/Scuola di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR che la abilita al 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 il costo orario dell'attività formativa è pari ad € _____
- 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.*