

**DICHIARAZIONE SOGGETTO EROGATORE DEL PERCORSO FORMATIVO**

*Alla Regione Toscana Direzione Istruzione e Formazione  
Ufficio Territoriale Regionale*

\_\_\_\_\_  
*(inserire la denominazione dell'Ufficio territoriale  
regionale in base alla residenza del beneficiario)*

**POR FSE 2014-2020 Azione A.4.1.1.B – Strategia regionale Industria 4.0. Avviso pubblico per il finanziamento di voucher formativi individuali destinati a liberi professionisti che svolgono attività di tipo intellettuale**

Il sottoscritto.....in qualità di legale rappresentante di *(indicare l'Ente formativo/Università)* .....  
Indirizzo.....città.....Prov.....  
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**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art.76 del citato DPR n.445/2000

*(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 130/2020: \_\_\_\_\_)
- 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
- Università pubblica di altro Stato estero /riconosciuta da autorità competente dello Stato estero
- Scuola/istituto di alta formazione di altro Stato estero, pubblico o riconosciuto da autorità competente dello Stato estero e da questa abilitato per il rilascio del titolo di master
- Ordine professionale, collegio professionale, associazione inserita nell'elenco di cui alla Legge 4/2013 art. 2 comma 7, associazione professionale riconosciuta ai sensi della normativa statale o regionale
- Soggetto erogante percorsi formativi accreditato o autorizzato dagli stessi ordini/collegi/associazioni professionali.

**DICHIARA inoltre**

Che il beneficiario del voucher cognome.....nome.....  
nato a..... Prov.....il.....  
residente a .....Prov.....via/p.zza.....  
.....n.....cap.....  
@mail.....@pec.....  
CF.....P.Iva.....

**ha frequentato il corso**

Denominazione del corso: \_\_\_\_\_

Durata ore \_\_\_\_\_

Che le attività formative hanno avuto inizio in data \_\_\_\_\_

Che la frequenza da parte del beneficiario del voucher ha avuto inizio in data \_\_\_\_\_

Che le attività formative si sono concluse in data \_\_\_\_\_

Che ha frequentato per ore n. \_\_\_\_\_ pari al \_\_\_\_\_ % delle ore del corso.

Che il costo del suddetto corso è pari ad €..... iva inclusa ed €.....iva esclusa;

- Che l'importo del finanziamento del voucher è di €.....

Che, in esito al percorso formativo, viene rilasciata una delle seguenti attestazioni:

- attestato di frequenza
- attestato di qualifica
- master I livello
- master II livello
- altro \_\_(*specificare*).....

(*se pertinente*) che sono rilasciati n. \_\_\_\_\_ Crediti Formativi Professionali (CFP);

(*se pertinente*) che sono rilasciati n. \_\_\_\_\_ Crediti Formativi Universitari(CFU);

- che le attività formative sono state realizzate in regola con la normativa in materia di sicurezza;

- che la documentazione attestante i giorni di effettiva presenza ai corsi/attività previsti è conservata presso i nostri uffici.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_