

DICHIARAZIONE SOGGETTO EROGATORE DEL PERCORSO FORMATIVO

Alla REGIONE TOSCANA
Direzione ISTRUZIONE, FORMAZIONE, RICERCA E LAVORO
Settore **FORMAZIONE CONTINUA E PROFESSIONI**

PR FSE+ 2021-2027 Attività PAD D.1.d.2 - Avviso pubblico rivolto a libere/i professioniste/i per il finanziamento di voucher formativi individuali

La/Il sottoscritto/a.....in qualità di legale rappresentante di
(*indicare l'Ente formativo/Università*)
Indirizzo.....ComuneProv.....
Codice fiscale...../P.IVA.....

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 D.G.R.T. 1407/16 e ss.mm.ii, codice accreditamento: _____)
- Organismo formativo accreditato nella Regione _____ (codice di accreditamento: _____) con atto _____ di rilascio dell'accREDITAMENTO (*indicare gli estremi dell'atto della Regione di rilascio dell'accREDITAMENTO*)
- Ordine professionale
- Collegio professionale
- Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla L. n. 4/2013 art. 2 comma 7 e/o alla L. R. n. 73/2008 e ss.mm.ii
- Soggetto erogante percorsi formativi accreditati o autorizzati dagli stessi Ordini/Collegi/associazioni professionali
- Scuola di Specializzazione in possesso del riconoscimento del MIUR
- Università e Scuola di alta formazione riconosciute da Ordini e Collegi e/o da AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali)
- Università/Scuola di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR che abilita al rilascio del titolo di master;
- Università pubblica di altro Stato estero /riconosciuta da autorità competente dello Stato estero abilitata per il rilascio del titolo di master
- 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

DICHIARA inoltre

che la/il destinataria/o del voucher

nome e cognome

nata/o a Prov. il

residente in.....Via/P.zza n..... CAP

domiciliata/o in..... Via/P.zza n..... CAP

tel.....@mail.....

@pec.....

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

P.Iva.....

ha frequentato il corso

Denominazione del corso _____

Durata in ore del corso _____

che le attività formative hanno avuto inizio in data _____

che la frequenza da parte della destinataria/o 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, 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 la documentazione attestante i giorni di effettiva presenza ai corsi/attività previsti è conservata presso i nostri uffici.

Luogo e data _____

Firma del legale rappresentante o di suo delegato*

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

In caso di firma autografa allegare copia del documento di identità in corso di validità chiara e leggibile