

Allegato 1

DOMANDA DI FINANZIAMENTO, DICHIARAZIONI E SCHEDA DESCRITTIVA DEL PERCORSO FORMATIVO

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

PR FSE+ 2021-2027 Attività PAD 1.d.2 - Avviso pubblico rivolto a libere/i professioniste/i per il finanziamento di voucher formativi individuali - Terzo Avviso (CUP D52B26001180006)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47

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 D.P.R. n. 445/2000:

La/Il sottoscritta/o (nome e cognome).....
nata/o a Prov. e Stato il

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

domiciliata/o (da compilare obbligatoriamente se la residenza risulta fuori dalla Toscana)
in..... Via/P.zza n..... CAP

Professione

tel.....@mail:

@pec: (obbligatoria)

(si prega di mantenere attivi gli indirizzi di mail ordinaria e posta elettronica certificata indicati e in caso di modifica di comunicarli al Settore Formazione continua e Professioni a mezzo mail agli indirizzi formazionecontinua@regione.toscana.it e voucher_fc@regione.toscana.it)

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

richiedente il voucher formativo individuale **in qualità di**

(barrare solo una delle due seguenti opzioni):

A) ☐ libera/o professionista che svolge attività di tipo intellettuale con Partita Iva individuale n. (intestata esclusivamente al richiedente voucher)
avente classificazione dell'attività economica (ATECO 2025) con denominazione:.....
..... e codice

B) ☐ libera/o professionista che svolge attività di tipo intellettuale senza Partita Iva individuale che esercita l'attività in forma associata o societaria (S.T.P. e altre forme di società per l'esercizio di professioni regolamentate).....

.....
(indicare denominazione dello studio associato o societario a cui è intestata la Partita Iva; inoltre nel caso di società tra professionisti indicare l'Ordine o Collegio presso il quale è registrata la società precisando la relativa sede territoriale)

Partita Iva n.avente classificazione dell'attività economica (ATECO 2025) con denominazione:.....
e codice

Codice Fiscale Studio associato o societario

appartenente ad una delle seguenti tipologie

(barrare solo una delle tre seguenti opzioni):

X) ☐ soggetto iscritto ad albi di Ordini o Collegi professionali
.....*(indicare Ordine/Collegio professionale precisando la relativa sede territoriale)*

Y) ☐ soggetto iscritto ad:

☐ **associazioni di cui alla Legge 4/2013 art. 2 comma 7.....**
.....*(indicare denominazione dell'associazione)*

☐ **associazioni di cui alla L.R. n.73/2008 e ss.mm.ii.....**
.....*(indicare denominazione dell'associazione)*

Z) ☐ soggetto iscritto alla Gestione Separata dell'INPS come libera/o professionista senza cassa
..... *(indicare categoria professionale)*

per l'iscrizione al seguente corso

(selezionare il corso indicando una sola opzione)

1. ☐ Corso di formazione/aggiornamento professionale
..... *(indicare denominazione corso)* erogato da **Ente formativo**

accreditato dalla Regione Toscana ai sensi della D.G.R.T. 1407/16 e ss.mm.ii o della D.G.R.T. n. 894 del 07 agosto 2017 e ss.mm.ii e **riconosciuto** dalla Regione Toscana ai sensi D.G.R.T. 731/19 e ss.mm.ii)

.....
.....
(indicare la denominazione e il codice accreditamento dell'Ente formativo e gli estremi del riconoscimento del corso di formazione da parte della Regione Toscana)

2. ☐ Corso di formazione/aggiornamento professionale
.....(indicare denominazione corso) erogato da:

☐ **Ordine professionale:**
.....(indicare denominazione Ordine precisando la relativa sede territoriale)

☐ **Collegio professionale:**
..... (indicare denominazione Collegio precisando la relativa sede territoriale)

☐ **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**
..... (indicare denominazione associazione)

3. ☐ Corso di formazione/aggiornamento professionale
..... (indicare denominazione corso) erogato da **soggetto erogante percorsi formativi accreditati o autorizzati dagli stessi Ordini/Collegi/associazioni professionali** (anche a livello nazionale da parte dei Consigli nazionali).....

.....
.....
(indicare denominazione soggetto erogante e relativa sede e nel caso di Ente formativo accreditato in Regione Toscana ai sensi della D.G.R.T. 1407/16 e ss.mm.ii o della D.G.R.T. n. 894 del 07 agosto 2017 e ss.mm.ii indicare il codice di accreditamento; indicare denominazione Ordine/Collegio/associazioni professionali che autorizza - precisando la relativa sede territoriale - e gli estremi dell'autorizzazione o della richiesta di autorizzazione)

4. ☐ Corso di formazione/aggiornamento professionale
..... (indicare denominazione corso) erogato da **provider accreditati ECM-Educazione Continua in Medicina**.....
..... (indicare denominazione provider e codice identificativo provider come riportati al seguente link: <https://ape.agenas.it/Tools/Provider.aspx> o negli albi dei provider regionali: <https://ecm.agenas.it/banche-dati/albo-provider-regionali>)

5. ☐ Singola annualità della Scuola di Specializzazione in possesso del riconoscimento del MUR,
.....
(indicare la denominazione del corso e della Scuola e indicare precisamente la singola annualità per cui si chiede il voucher; esempi: prima annualità 2027; seconda annualità 2027)

6. ☐ Corso di formazione (es. corsi di perfezionamento, corsi di specializzazione) erogato da Università italiana, statale e non statale riconosciuta dal MUR

.....
(indicare denominazione corso, tipologia corso e denominazione Università)

7. ☐ Corso di formazione (es. corsi di perfezionamento, corsi di specializzazione) erogato da Istituto dell'Alta formazione artistica, musicale e coreutica – AFAM riconosciuto dal MUR

.....
.....
(indicare denominazione corso, tipologia corso e denominazione AFAM)

8. ☐ Master¹ di I o II livello in Italia

(indicare denominazione corso) erogato da:

☐ **Università italiana**, statale e non statale riconosciuta dal MUR in possesso del riconoscimento del MUR che la abilita al rilascio del titolo di master
.....(indicare denominazione Università)

☐ **Istituto dell'Alta formazione artistica, musicale e coreutica - AFAM** in possesso del riconoscimento del MUR che lo abilita al rilascio del titolo di master
.....(indicare denominazione AFAM)

Ente formativo che eroga il corso

Ente di formazione (*denominazione*)

.....
SEDE

Comune

Prov

Via/P.zza.....n.....CAP.....

@mail:@pec:

CHIEDE

il finanziamento pubblico della suddetta attività formativa per _____ ore

(indicare il numero di ore di cui si chiede il finanziamento – al massimo 113 ore)

NOTA BENE: il finanziamento pubblico totale del voucher a preventivo, è stabilito sulla base della seguente formula:

n. ore previste x UCS/ora formazione allievo

DICHIARA

- che non è stata pronunciata nei propri confronti alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;

1 I Master di I e II livello devono essere svolti da Università e AFAM in possesso del riconoscimento del MUR che abilita al rilascio del titolo di Master

- di non usufruire di altri contributi assegnati dalla Regione Toscana o da altri soggetti pubblici per la medesima tipologia di attività per la quale richiede il presente voucher e si impegna per il futuro a non cumulare altri finanziamenti sulla stessa;
- di non aver ricevuto già un finanziamento a valere sull'Avviso approvato con D.D. n. 5470 del 17.03.2025 (Decreto di impegno n. 19399 del 04.09.2025);
- di impegnarsi a rispettare la normativa europea, nazionale e regionale di riferimento;
- la veridicità di quanto indicato nel formulario e nella restante modulistica di candidatura.

SCHEDE DESCRITTIVA DEL PERCORSO FORMATIVO

La scheda deve essere compilata con ausilio di uno **strumento informatico** per garantirne una **corretta leggibilità** (es: pc, tablet ecc.)

DATI DEL PERCORSO FORMATIVO

Denominazione del percorso formativo:

Durata del percorso in mesi:

Durata totale del percorso in ore:
di cui eventuale FAD sincrona in ore:
di cui eventuale FAD asincrona in ore:
di cui eventuale stage in ore:
di cui eventuale Altro in ore:(definire
anche la metodologia formativa)

Attestazione finale rilasciata (barrare una delle seguenti opzioni):

☐ attestato di frequenza

☐ attestato di qualifica

☐ master I livello

☐ master II livello

☐ altro (specificare).....

CARATTERISTICHE DEL PERCORSO FORMATIVO

Contenuti del percorso (indicare i contenuti del percorso formativo, le conoscenze e capacità che si acquisiscono a conclusione del percorso formativo e la rispondenza agli obiettivi indicati nel formulario online)

Articolazione didattica (*indicare l'articolazione didattica del percorso in UF/moduli formativi*)

Metodologie (*descrivere le metodologie utilizzate per l'erogazione del corso, es. aula formazione collettiva, aula formazione individuale, formazione a distanza-FAD, etc.; le verifiche di apprendimento; i materiali e le attrezzature messe a disposizione; evidenziare la coerenza/adequatezza rispetto alla tipologia di percorso*)

DICHIARA

che le informazioni fornite nella presente scheda corrispondono a verità.

Luogo e data _____

Firma _____

Si trasmettono con la presente:

- Dichiarazione aiuti regime *de minimis* (Allegato 2 all'Avviso)
- Atto unilaterale di impegno (Allegato 3 all'Avviso)
- Fotocopia, chiara e leggibile, del documento di identità in corso di validità del richiedente in caso di sottoscrizione autografa

NB:

- E' ammesso il pagamento del **bollo** pari ad euro 16,00 esclusivamente tramite apposita funzione presente sulla piattaforma di presentazione della domanda

- La sottoscrizione del richiedente del presente allegato 1 è prevista dall'Avviso a pena di esclusione (art. 11)