

## SCHEDA DI PROGETTO FORMATIVO

**Alla Regione Toscana  
Direzione Istruzione e Formazione  
Settore Programmazione in materia di  
Formazione Continua, territoriale e  
a domanda individuale  
Interventi gestionali per gli ambiti territoriali  
di Grosseto e Livorno  
Via Galilei 40 - 57122 Livorno**

*(sezione da compilare a cura del beneficiario)*

**Avviso pubblico POR FSE 2014-2020 – Asse C “Istruzione e Formazione” Finanziamento di voucher formativi rivolti a soggetti disoccupati, inoccupati, inattivi con disabilità ai sensi dell'art. 1 della Legge 68/1999**

Io sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_, nato  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
**codice fiscale** \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_  
@mail \_\_\_\_\_

in riferimento al Decreto Dirigenziale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ *(a cura dell'ufficio)* con la quale è stata approvata la graduatoria relativa al bando in oggetto e in base alla quale risulterò beneficiario di **voucher FSE POR FSE 2014-2020 – Asse C “Istruzione e Formazione”**

### DICHIARO

*ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000;*

Che il voucher sarà utilizzato per l'iscrizione al seguente percorso formativo:

*(inserire la denominazione del percorso)* \_\_\_\_\_

### Tipologia del corso

- ☐ Qualifica
- ☐ Certificazione di competenze
- ☐ Dovuto per legge
- ☐ Altro corso *(specificare la tipologia del corso)*

### Durata del corso n. ore

**svolto da** *(barrare l'opzione scelta)*

- ☐ Ente formativo accreditato dalla Regione Toscana *(indicare il nome dell'Ente formativo e il codice di accreditamento regionale)*

.....

☐ Altro Ente formativo (indicare il nome dell'Ente formativo – è **obbligatorio** specificare gli estremi dell'autorizzazione ministeriale o dell'accordo Stato-Regione)

**Soggetto erogatore dell'attività formativa (indicare denominazione e indirizzo):**

Denominazione: \_\_\_\_\_  
Via/Viale/P.zza: \_\_\_\_\_ n. civico: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_, Email \_\_\_\_\_

Sede/i di svolgimento del corso (indirizzo)

Via/Viale/P.zza: \_\_\_\_\_ n. civico: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_, Email \_\_\_\_\_

**Costo dell'attività formativa (indicare il costo del corso formativo) euro** \_\_\_\_\_

**Importo richiesto a finanziamento del voucher euro(\*)** \_\_\_\_\_

(\*) Finanziamento richiesto dal richiedente (max € 3.000 per corsi di qualifica / certificazione delle competenze e corsi di durata superiore a 110h/ - max € 500,00 per corsi Corsi Dovuti per legge e corsi di durata fino a 110h e);

**Modalità di erogazione del finanziamento**

(n.b l'erogazione del finanziamento avviene al termine del percorso formativo, in un'unica soluzione, mediante accredito su conto corrente intestato o cointestato al beneficiario del voucher, o in alternativa tramite delega alla riscossione all'Ente formativo)

☐ **In caso di rimborso al beneficiario:**

Chiedo che il rimborso avvenga su c/c bancario/postale Ag. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_ codice IBAN: \_\_\_\_\_

Cod. Paese	Check digit	Ci n	Codice ABI	Codice CAB	Numero Conto Corrente

☐ **In caso di pagamento con delega alla riscossione in favore dell'ente erogatore del corso**

Chiedo che il rimborso avvenga su c/c bancario/postale Ag. \_\_\_\_\_ intestato a (inserire nome Agenzia formativa delegata alla riscossione) \_\_\_\_\_  
codice IBAN: \_\_\_\_\_

Cod. Paese	Check digit	Ci n	Codice ABI	Codice CAB	Numero Conto Corrente

Data,

FIRMA