

*(Presentare su carta intestata)*

**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 \_\_\_\_\_  
 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**

*(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 968/2007 e s.m.i (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)
- Ordine professionale
- Collegio professionale
- Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla legge 4/2013
- Associazione professionale riconosciuta ai sensi della L.R. 73/2008
- Soggetto erogante percorso formativo accreditato dall'ordine/collegio/associazione \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Provider accreditato ECM (Educazione continua in Medicina)
- 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
- Scuola di Specializzazione italiana in possesso del riconoscimento del MIUR

### 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, in esito al percorso formativo, verrà rilasciata una delle seguenti attestazioni:
  - attestato di frequenza
  - attestato di qualifica
  - master I livello
  - master II livello
  - altro \_\_(*specificare*)\_\_\_\_\_
- (*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.*