

(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.*