Allegato 1B – Autodichiarazione per tirocinio per l’accesso alle professioni ordinistiche

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato in (*se diverso dalla residenza*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

@mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

in qualità di praticante, consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell’articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (*barrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati*):

**DICHIARA**

**□ di svolgere** un tirocinio per l’accesso alle professioni ordinistiche in Toscana presso la sede del soggetto ospitante (professionista, soggetto privato o ente pubblico) sospeso a causa dell’emergenza Covid-19

**□ di aver svolto** un tirocinio per l’accesso alle professioni ordinistiche in Toscana presso la sede del soggetto ospitante (professionista, soggetto privato o ente pubblico) sospeso a causa dell’emergenza Covid-19 e terminato durante tale fase di sospensione.

**Data Inizio tirocinio per l’accesso alle professioni ordinistiche \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_**

**Data Fine tirocinio per l’accesso alle professioni ordinistiche \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_**

*(Indicare le date di inizio e di fine tirocinio)*

**Data Inizio sospensione per Covid-19 \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Data Fine sospensione per Covid-19 \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_**

*(ai fini del contributo, il periodo di sospensione deve essere superiore a 15 giorni)*

**N. giorni di sospensione: \_\_\_\_\_**

**Ordine/Collegio di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

@mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA | \_ |\_ | \_ |\_ |\_ |\_ |\_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |\_ | \_ |

Referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. di Iscrizione al Registro dei praticanti tenuto dall’Ordine/Collegio di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Soggetto Ospitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

@mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.IVA | \_ |\_ | \_ |\_ |\_ |\_ |\_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |\_ | \_ |

Referente:

* **di essere inattivo/disoccupato**
* **che il tirocinio è stato sospeso per l’emergenza epidemiologica Covid-19 per un periodo superiore a 15 giorni e nello specifico dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**
* **che il tirocinio nel periodo sopra indicato non è stato svolto in modalità a distanza tramite strumenti ICT**
* **che il Soggetto Ospitante per il periodo sopra indicato non ha erogato il rimborso spese**
* **di avere diritto alla seguente priorità in quanto:**
* **soggetto disabile di cui all’art.1 comma 1 della L. 68/1999**
* ***(in caso di domanda già presentata sull’Avviso approvato con D.D. n. 7198 del 19/05/2020)* di aver già ricevuto a titolo di contributo straordinario per il tirocinio sospeso un importo pari a €……. con DD. n………… del …/…/…../, domanda prot.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Dichiara inoltre**

* di non usufruire di altri contributi assegnati dalla Regione Toscana o da altri soggetti pubblici per la medesima tipologia di intervento per il quale richiede il presente contributo e si impegna per il futuro a non cumulare altri finanziamenti sulla stessa;
* di impegnarsi a rispettare la normativa nazionale nonché la normativa comunitaria di riferimento;
* la veridicità di quanto indicato nel formulario online e nella restante modulistica di candidatura;

**CHIEDE**

che il rimborso avvenga su c/c bancario/postale Ag. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

intestato/cointestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice IBAN:

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

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_