



**VOUCHER FORMATIVO N° \_\_\_\_\_**

**PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI PER LA FORMAZIONE (AZIONE B.2.c.) A FAVORE DI RESIDENTI NEI COMUNI DEL TERRITORIO DEL DSS N.27 E APPARTENENTI A NUCLEI FAMILIARI PRESI IN CARICO NELLA MISURA SIA/REI/RDC, NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA PON INCLUSIONE**

**Convenzione AV3-2016-SIC\_30 CUP: \_H51H1700160006**

**BENEFICIARIO:**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/loc. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi del DPR 445/2000:

- di essere beneficiario REI/RDC (D. Lgs. 147/2017);
- di aver scelto come Soggetto erogatore dell'attività formativa il seguente soggetto:

\_\_\_\_\_ iscritto al Registro degli Enti di formazione dell'Ambito Territoriale DSS27;

- di aver scelto il/i seguente/i corso/i erogato/i da suddetta Agenzia formativa:

\_\_\_\_\_ per l'importo di € \_\_\_\_\_

- di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 art. 13- GDPR (Regolamento UE 2016/679)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario SIA/REI/RDC

\_\_\_\_\_

**SOGGETTO EROGATORE**

Ente formativo \_\_\_\_\_

con sede legale (Comune) \_\_\_\_\_



P. IVA / C.F. \_\_\_\_\_

Rappresentante legale \_\_\_\_\_

E-mail/Pec \_\_\_\_\_

**DICHIARA ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000**

- di essere iscritto al “Registro degli Enti di formazione del DSS 27” e di impegnarsi a svolgere in favore del beneficiario \_\_\_\_\_

la seguente attività formativa:

1. \_\_\_\_\_,  
con inizio in data \_\_\_\_\_, monte ore n. \_\_\_\_\_, per l'importo di € \_\_\_\_\_;

2. \_\_\_\_\_,  
con inizio in data \_\_\_\_\_, monte ore n. \_\_\_\_\_, per l'importo di € \_\_\_\_\_;

3. \_\_\_\_\_,  
con inizio in data \_\_\_\_\_, monte ore n. \_\_\_\_\_, per l'importo di € \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma e timbro del soggetto erogatore

\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dei sottoscrittori

N.B.: il suddetto modulo va compilato in ogni sua parte dal soggetto beneficiario e dall'Ente Formativo, il quale avrà cura di inviarlo al DSS 27, entro e non oltre il giorno successivo alla sottoscrizione. Nel caso in cui il beneficiario intenda usufruire di corsi formativi erogati da diversi enti, dovranno essere compilati tanti modelli quanti sono i diversi Enti formativi.

Firma/timbro del Responsabile

\_\_\_\_\_