**ALLEGATO A4 - *Da inserire su Siform2 (file pdf o zip) nella sezione “Richiesta anticipi/acconti”***

**Spett. le REGIONE MARCHE**

**P.F. Promozione e sostegno alle politiche attive del lavoro e corrispondenti servizi territoriali**

**COMUNICAZIONE POLIZZE ASSICURATIVE A CARICO DELL’ENTE PROMOTORE**

Il/La sottoscritto/a,.……………………….……….........................................................................................,

nato/a in ….………….……………………….………....................................................................................,

il *….…………………………………………*……………….……………….…………………………………..,

in qualità di legale rappresentante del soggetto promotore…………………………………………………….,Codice Fiscale …………………………………………………………………………………………………….. e PIVA……………………………………………………………………………………………………………,

con sede in (INDIRIZZO) – (COMUNE) – (PROVINCIA)...……………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché alla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

* Di aver sottoscritto le seguenti polizze assicurative a proprio carico per il/la Tirocinante (NOME DEL TIROCINANTE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infortuni sul lavoro INAIL posizione n.:

Polizza integrativa RCT n.:

Compagnia assicurativa:

* Che le stesse polizze sono agli atti presso il soggetto promotore

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si allega copia del documento di Identità |  |  |