**ALLEGATO 4\***

**Spett. le REGIONE MARCHE**

**P. F. Promozione e Sostegno alle politiche attive per il lavoro, corrispondenti servizi territoriali e aree di crisi**

**COMUNICAZIONE POLIZZE ASSICURATIVE A CARICO DEL SOGETTO OSPITANTE**

ll/La sottoscritto/a,……………….………......................................................................,

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

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

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

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 |  |  |

*\* Il soggetto promotore (art. 4 – Allegato A), conseguentemente al ricevimento, trasmette tale documento alla Regione Marche, tramite l’inserimento nel Sistema Informativo Lavoro regionale.*