GIUNTA REGIONE MARCHE

DIPARTIMENTO POLITICHE SOCIALI, LAVORO, ISTRUZIONE E FORMAZIONE

**Settore Formazione Professionale, Orientamento e Aree di crisi complesse**

**ALLEGATO A2**

domanda per l’AUTORIZZAzione, AI SENSI DELL’ART. 10 DELLA L.R. N. 16/1990, DI AZIONI FORMATIVE E PER L’AMMISSIONE DELLE STESSE AL CATALOGO REGIONALE DELL’OFFERTA FORMATIVA A DOMANDA INDIVIDUALE (FORM.I.CA)

(in caso di ATI o ATS costituita o da costituire)

Soggetto Capofila

Bollo

€ 16,00

REGIONE MARCHE

 Dipartimento Politiche Sociali, Lavoro, Istruzione e Formazione

 Settore Formazione Professionale, Orientamento e

Aree di crisi complesse

Sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto**: **domanda per l’autorizzazione, ai sensi dell’art. 10 della L.R. n. 16/1990, di azioni formative e per l’ammissione delle stesse al catalogo regionale dell’offerta formativa a domanda individuale (FORM.I.CA.)**

**Codice Bando Siform: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e quale capofila della □ costituita ovvero □ costituenda

* Associazione Temporanea di Impresa (ATI)
* Associazione Temporanea di Scopo (ATS)

### ***CHIEDE***

l’autorizzazione e l’ammissione al Catalogo Form.ica per i seguenti progetti:

* progetto formativo denominato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice SIFORM n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. ore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Replicare per il numero di progetti formativi*

a tal fine, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché sulla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi,ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 47 del D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

1. che il soggetto rappresentato è accreditato presso la Regione Marche, ai sensi delle vigenti disposizioni, per la macrotipologia Formazione Superiore o Formazione continua con Decreto n. \_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*;*

*oppure*

che il soggetto rappresentato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha presentato alla Regione Marche la domanda di accreditamento per la macrotipologia Formazione Superiore o Formazione continua;

1. che nei confronti del soggetto rappresentato non sono in atto provvedimenti di sospensione o revoca della condizione di accreditamento da parte della Regione Marche (*indicare solo se già accreditato)*;
2. che il soggetto rappresentato ha già completato attività formative per le quali fosse richiesto il requisito dell’accreditamento presso la Regione Marche;

 *oppure*

che il soggetto rappresentato non ha finora portato a termine alcuna attività formativa per la quale fosse richiesto il requisito dell’accreditamento presso la Regione Marche;

1. di conoscere la normativa che regola l’utilizzo delle risorse del Fondo Sociale Europeo, delle risorse del Programma nazionale per la Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori (GOL) e le norme contenute nei *Manuali per la gestione e la rendicontazione dei progetti inerenti la formazione e le politiche attive del lavoro* di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n. 19 del 20.01.2020;
2. di essere in regola con le disposizioni relative all’inserimento dei disabili di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68;
3. di volersi costituire (nel caso di costituenda ATI o ATS) per la realizzazione delle attività formative, in
* Associazione Temporanea di Impresa (ATI)
* Associazione Temporanea di Scopo (ATS)

Con i seguenti soggetti:

1) denominazione (o ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_\_\_\_

2) denominazione (o ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_\_\_\_

3) denominazione (o ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_\_\_\_

Alla presente allega la seguente documentazione:

* il/i progetto/i formativo/i
* eventuali altri allegati

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

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma autografa sostituita, a mezzo firma digitale,

ai sensi e per gli effetti dell’art. 24 del D.L. n. 82/2005