

All. 2

Alla Provincia di Lucca

Il / La sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

Nato/a a _____ provincia _____ il _____

residente a _____ provincia _____

via _____ n _____ CAP _____

Numero tel/cell. _____ e-mail _____

Domiciliato a _____ (indicare solo se diverso dalla residenza)

provincia _____ via _____ n _____ CAP _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R 445/2000;

di possedere i seguenti requisiti:

(barrare una delle opzioni con una crocetta)

essere residente o domiciliato/a in un comune della Regione Toscana. Se cittadino/a non comunitario, in possesso di regolare permesso di soggiorno che consente attività lavorativa;

aver compiuto i 18 anni di età;

avere un reddito familiare (anno 2022) fino a euro 50.000,00

che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) dell'anno 2021 è il seguente € _____ come da attestazione ISEE dell'Inps, a seguito di Dichiarazione Sostitutiva Unica presentata in data _____ con numero pratica _____

CHIEDE

il finanziamento per un importo pari a € (*) (max euro 500,00)

() Finanziamento richiesto dal richiedente:*

per la frequenza del **percorso formativo** (*indicare il titolo del corso*)

_____ della durata di n. ore

Tipologia del corso:

percorsi professionalizzanti che hanno ottenuto il riconoscimento della Regione Toscana ai sensi della DGR 1295/2016, realizzati da Agenzie formative accreditate dalla Regione Toscana ai sensi della DGR 1407/2016, appartenenti ad una delle seguenti tipologie:

corsi finalizzati al rilascio di **Qualifica professionale** riguardanti Profili professionali o Figure professionali appartenenti ai Repertori Regionali;

percorsi finalizzati alla **Certificazione delle Competenze** aventi ad oggetto una o più Aree di Attività (AdA) del Repertorio Regionale delle Figure Professionali;

corsi **Dovuti per legge**;

Soggetto erogatore dell'attività formativa:

Agenzia formativa accreditata dalla Regione Toscana *Codice accreditamento* _____

Altro Ente formativo

Denominazione: _____

Partita IVA: _____

Via/Viale/P.zza: _____ n. _____ civico:

_____ Città: _____ Prov (____) CAP: _____

_____ Telefono: _____ E-mail _____

Sede/i di svolgimento del corso (indirizzo) Via/Viale/P.zza: _____ n. _____ civico

_____ Città: _____ Prov (____) CAP: _____

Luogo e data

Firma _____