**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

**Dote Impresa Collocamento Mirato - Rimborso per l’attivazione di tirocini**

**(spese per formazione e sorveglianza sanitaria)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | C.F. |  |
| in qualità di | ☐ Legale Rappresentante | ☐ Soggetto con potere di firma | |
| del soggetto intestatario della fattura | |  | |
| C.F./P.I. |  | sede legale |  |

**CONSAPEVOLE**

delle responsabilità anche penali assunte in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi e loro uso, e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli [75](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828ART87&c=E,1,viAWralsjGRvUvLDArHX0b-xHJJf1hVTs82VIEFpPHuO245nPRIzm6rUdgkCDZIlXb61txc-JjVOnnb4T71EIxtIULge-nq7l7ep5ZLsQFlvVM6tuBqNbLw,&typo=1) e [76](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828ART88&c=E,1,3Z-6dXa0Vdfc2y-K9anKQxkIHGyRkrzKi7farxf-b3LwW4jrs-OghhgiENrNZKbj9qluPMw33lYlMWd5RHFKrvsg__LSt0wr1452vsa3ws9NZabqD26QtqJxbgM,&typo=1) del [D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445](https://linkprotect.cudasvc.com/url?a=http%3A%2F%2Fbd01.leggiditalia.it%2Fcgi-bin%2FFulShow%3FTIPO%3D5%26NOTXT%3D1%26KEY%3D01LX0000144828&c=E,1,7XJuVa6kT9_6ruaoSDkW2XtzUjgF_isqReNTHzuj0e1UawaRvA4JHU2Fsa0rPPVHQ_BjVLinW3ce0VnlK_fJlVwUohHrbiywKyq7tZFS&typo=1) (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

**DICHIARA**

**che per il tirocinio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| del Sig. / della Sig.ra |  | C.F. |  |
| data inizio tirocinio [[1]](#footnote-1) |  | data fine tirocinio 1 |  |
| Domanda di ammissione prot. n. |  | del |  |

**sono state sostenute le seguenti spese**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ sorveglianza sanitaria | € |  |
| ☐ formazione generale | € |  |
| ☐ formazione specifica | € |  |

**per un importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [[2]](#footnote-2) , di cui si richiede il rimborso.**

**DICHIARA**

altresì

* che le spese sopra indicate sono collegate alla/e fattura/e:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n. |  | del |  |
| n. |  | del |  |
| n. |  | del |  |

(aggiungere righe se necessario)

* che le visite mediche e/o gli esami e/o i corsi sopra rendicontati, sono obbligatori per legge anche in funzione della mansione svolta dal lavoratore;
* di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene presentata.

Ai fini del rimborso, allega la seguente documentazione[[3]](#footnote-3):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

(aggiungere righe se necessario)

|  |  |
| --- | --- |
| data |  |

**Il Legale Rappresentante / Soggetto con potere di firma**

*Documento firmato digitalmente [[4]](#footnote-4)*

1. Indicare la data prevista nella COB e nel Progetto Formativo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Comunque entro i limiti dell’importo prenotato e comunque non oltre l’importo massimo previsto dal Bando Dote impresa di € 3.000,00. [↑](#footnote-ref-2)
3. Allegare copia dei giustificativi di spesa: fatture quietanziate, estratti conto, bonifici con esito eseguito/concluso/accreditato.

   Sia le fatture che le copie delle disposizioni di pagamento devono riferirsi (o essere facilmente riconducibili) al tirocinante ed al servizio/certificato erogato. [↑](#footnote-ref-3)
4. La presente dichiarazione deve essere firmata digitalmente dal soggetto intestatario della/e fattura/e che ha effettuato il/i pagamento. [↑](#footnote-ref-4)