

Allegato 1

**DOMANDA DI FINANZIAMENTO, DICHIARAZIONI E SCHEDA DESCRITTIVA
DEL PERCORSO FORMATIVO**

Alla REGIONE TOSCANA
Direzione ISTRUZIONE, FORMAZIONE, RICERCA E LAVORO
Settore FORMAZIONE CONTINUA E PROFESSIONI

PR FSE+ 2021-2027 Attività PAD D.1.d.2 - Avviso pubblico rivolto a libere/i professioniste/i per il finanziamento di voucher formativi individuali - annualità 2025

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato DPR n. 445/2000:

La/Il sottoscritta/o (nome e cognome).....
nata/o a Prov. e Stato il

residente in..... Via/P.zza n..... CAP

domiciliata/o (da compilare obbligatoriamente se la residenza risulta fuori dalla Toscana)
in..... Via/P.zza n..... CAP

tel.....@mail.....

@pec.....

(si prega di mantenere attivi gli indirizzi di mail ordinaria e posta elettronica certificata)

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

richiedente il voucher formativo individuale **in qualità di**

(barrare solo una delle due seguenti opzioni):

A) libera/o professionista che svolge attività di tipo intellettuale con Partita Iva n. *(intestata esclusivamente al richiedente voucher)* avente classificazione dell'attività economica (ATECO 2007) codice

B) libera/o professionista che svolge attività di tipo intellettuale senza Partita Iva individuale che esercita l'attività in forma associata o societaria *(indicare professione esercitata e denominazione dello studio associato o societario a cui è intestata la Partita Iva)*

Partita Iva n.avente classificazione dell'attività economica (ATECO 2007) codice.....

Codice Fiscale Studio associato o societario appartenente ad una delle seguenti tipologie

(barrare solo una delle tre seguenti opzioni):

X) soggetto iscritto ad albi di Ordini o Collegi professionali*(indicare Ordine/Collegio precisando la relativa sede territoriale)*

Y) soggetto iscritto ad:

associazioni di cui alla Legge 4/2013 art. 2 comma 7*(indicare associazione)*

associazioni di cui alla L.R. n.73/2008 e ss.mm.ii *(indicare associazione)*

Z) soggetto iscritto alla Gestione Separata dell'INPS come libera/o professionista senza cassa *(indicare categoria professionale)*

per l'iscrizione al seguente corso

(selezionare il corso indicando una sola opzione)

1. Corso di formazione/aggiornamento professionale *(indicare denominazione corso) erogato da Agenzia formativa accreditata dalla Regione Toscana ai sensi della D.G.R.T. 1407/16 e ss.mm.ii (sia corsi riconosciuti che corsi non riconosciuti):* *(indicare denominazione Agenzia formativa e codice accreditamento)*

2. Corso di formazione/aggiornamento professionale

.....(*indicare denominazione corso*) svolto al di fuori della Regione Toscana da Agenzia formativa accreditata da altra Regione
.....(*indicare denominazione Agenzia formativa e codice accreditamento e denominazione Regione*)

Motivare la scelta di organismo formativo accreditato da altra Regione:

3. Corso di formazione/aggiornamento professionale

.....(*indicare denominazione corso*) erogato da:

Ordine professionale: (*indicare denominazione Ordine precisando la relativa sede territoriale*)

Collegio professionale (*indicare denominazione Collegio precisando la relativa sede territoriale*)

Associazione professionale inserita nell'elenco di cui alla L. n. 4/2013 art. 2 comma 7 e/o alla L. R. n. 73/2008 e ss.mm.ii (*indicare denominazione associazione*)

4. Corso di formazione/aggiornamento professionale (*indicare denominazione corso*)

erogato da soggetto erogante percorsi formativi accreditati o autorizzati dagli stessi Ordini/Collegi/associazioni professionali (anche a livello nazionale da parte dei Consigli nazionali).....

.....
(*indicare denominazione soggetto erogante e relativa sede; indicare denominazione Ordine/Collegio/associazioni professionali che autorizza - precisando la relativa sede territoriale - e gli estremi dell'autorizzazione o della richiesta di autorizzazione*)

5. Corso di formazione/aggiornamento professionale (*indicare denominazione corso*)

erogato da Scuole riconosciute da Ordini e Collegi

.....(*indicare denominazione Scuola e relativa sede e indicare denominazione Ordine/Collegio precisando la relativa sede territoriale*)

6. Corso di formazione/aggiornamento professionale (*indicare denominazione corso*)

erogato da provider accreditati ECM - Educazione Continua in Medicina..... (*indicare denominazione provider e codice identificativo provider*)

7. Singola annualità della Scuola di Specializzazione in possesso del riconoscimento del MUR,.....

..... (*indicare denominazione corso e Scuola e la singola annualità per cui si chiede il voucher*)

8. Corso di formazione (es. corsi di perfezionamento, corsi di specializzazione) erogato da Università italiana,

statale e non statale riconosciuta dal MUR (*indicare denominazione, tipologia corso e denominazione Università*)

9. **Corso di formazione (es. corsi di perfezionamento, corsi di specializzazione) erogato da Istituto dell'Alta formazione artistica, musicale e coreutica – AFAM riconosciuto dal MUR** (*indicare denominazione, tipologia corso e denominazione Istituto*)

10. **Master¹ di I livello in Italia** (*indicare denominazione corso*)
erogato da:

Università in possesso del riconoscimento del MUR che la abilita al rilascio del titolo di master(*indicare denominazione Università*)

Scuola/Istituto di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MUR che la abilita al rilascio del titolo di master(*indicare denominazione Scuola/Istituto di alta formazione*)

11. **Master di II livello in Italia**..... (*indicare denominazione corso*) erogato da:

Università in possesso del riconoscimento del MUR che la abilita al rilascio del titolo di master(*indicare denominazione Università*)

Scuola/Istituto di alta formazione italiana in possesso del riconoscimento del MUR che la abilita al rilascio del titolo di master(*indicare denominazione Scuola/Istituto di alta formazione*)

Ente formativo che eroga il corso

Ente di formazione (*denominazione*)

.....
.

Comune

Prov

Via/P.zza.....n.....CAP.....

@mail.....@pec.....

CHIEDE

il finanziamento pubblico della suddetta attività formativa per _____ ore

(indicare il numero di ore di cui si chiede il finanziamento – al massimo 113 ore)

NOTA BENE: il finanziamento pubblico totale del voucher a preventivo, è stabilito sulla base della seguente formula:

n. ore previste x UCS/ora formazione allievo

¹ I Master di I e II livello devono essere svolti da Università e Scuole di alta formazione italiane in possesso del riconoscimento del MUR che le abilita al rilascio del titolo di Master

DICHIARA

- che non è stata pronunciata nei propri confronti alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non usufruire di altri contributi assegnati dalla Regione Toscana o da altri soggetti pubblici per la medesima tipologia di attività per la quale richiede il presente voucher e si impegna per il futuro a non cumulare altri finanziamenti sulla stessa;
- di non aver ricevuto già un finanziamento a valere sull'Avviso approvato con D.D. n. 19240 del 04.09.2023 (Decreti di impegno n. 8434 del 15.04.2024, n. 11036 del 20.05.2024 e n. 16631 del 11.07.2024);
- di impegnarsi a rispettare la normativa europea, nazionale e regionale di riferimento;
- la veridicità di quanto indicato nel formulario e nella restante modulistica di candidatura.

SCHEMA DESCRITTIVA DEL PERCORSO FORMATIVO

La scheda deve essere compilata con ausilio di uno strumento informatico per garantirne una corretta leggibilità (es: pc, tablet ecc.)

DATI DEL PERCORSO FORMATIVO

Denominazione del percorso formativo:
.....
Durata del percorso in mesi :
Durata totale del percorso in ore:
di cui eventuale FAD sincrona in ore:
di cui eventuale FAD asincrona in ore:
di cui eventuale stage in ore:
di cui eventuale Altro in ore:(definire anche la metodologia formativa)
Attestazione finale rilasciata (barrare una delle seguenti opzioni):
<input type="checkbox"/> attestato di frequenza
<input type="checkbox"/> attestato di qualifica
<input type="checkbox"/> master I livello
<input type="checkbox"/> master II livello
<input type="checkbox"/> altro (specificare).....

CARATTERISTICHE DEL PERCORSO FORMATIVO

Contenuti del percorso (*indicare i contenuti del percorso formativo, le conoscenze e capacità che si acquisiscono a conclusione del percorso formativo e la rispondenza agli obiettivi indicati nel formulario online*)

Articolazione didattica (*indicare l'articolazione didattica del percorso in UF/moduli formativi*)

Metodologie (*descrivere le metodologie utilizzate per l'erogazione del corso, es. aula formazione collettiva, aula formazione individuale, formazione a distanza-FAD, etc.; le verifiche di apprendimento; i materiali e le attrezzature messe a disposizione; evidenziare la coerenza/adequatezza rispetto alla tipologia di percorso*)

DICHIARA

che le informazioni fornite nella presente scheda corrispondono a verità.

Luogo e data _____

Firma

Si trasmettono con la presente:

- Dichiarazione aiuti regime *de minimis* (Allegato 2 all'Avviso)
- Atto unilaterale di impegno (Allegato 3 all'Avviso)
- Fotocopia, chiara e leggibile, del documento di identità in corso di validità del richiedente in caso di sottoscrizione autografa

NB:

- E' ammesso il pagamento del **bollo** pari ad euro 16,00 esclusivamente tramite apposita funzione presente sulla piattaforma di presentazione della domanda
- La sottoscrizione del richiedente del presente allegato 1 è prevista dall'Avviso a pena di esclusione (art. 11)

**INFORMATIVA AGLI INTERESSATI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE)
679/2016**

“REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti dell'Unione europea del Fondo Sociale Europeo Plus, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza Duomo 10 - 50122 Firenze; regionetoscana@postacert.toscana.it)
- 2) Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
- 3) I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
- 4) I dati acquisiti in esecuzione del presente atto potranno essere comunicati ad organismi, anche dell'Unione europea o nazionali, direttamente o attraverso soggetti appositamente incaricati, ai fini dell'esercizio delle rispettive funzioni di controllo sulle operazioni che beneficiano del sostegno del FSE+. Verranno inoltre conferiti nella banca dati ARACHNE, strumento di valutazione del rischio sviluppato dalla Commissione europea per il contrasto delle frodi. Tale strumento costituisce una delle misure per la prevenzione e individuazione della frode e di ogni altra attività illegale che possa minare gli interessi finanziari dell'Unione, che la Commissione europea e i Paesi membri devono adottare ai sensi dell'articolo 325 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).
- 5) I Suoi dati saranno conservati nel Sistema Informativo FSE e presso gli uffici del Responsabile del procedimento Settore Formazione Continua e Professioni per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 6) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati sono i seguenti: urp_dpo@regione.toscana.it.
- 7) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>).