

FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
PROGRAMMA OPERATIVO



ALLEGATO B - SCHEDA DETTAGLIO DEL PERCORSO FORMATIVO

All'Amministrazione Regionale Siciliana
Dipartimento Istruzione e Formazione Professionale
Viale Regione Siciliana, 33
90129 Palermo

Oggetto: Avviso 16/2017 "Azioni di rafforzamento per la formazione dei liberi professionisti lavoratori autonomi"

1. SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) NON COMPILATO nato/a a NON COMPILATO prov. NON COMPILATO
il NON COMPILATO cittadinanza NON COMPILATO residente in NON COMPILATO Via NON COMPILATO n.
NON COMPILATO CAP NON COMPILATO tel. NON COMPILATO e domiciliato in NON COMPILATO via NON
COMPILATO n. NON COMPILATO CAP NON COMPILATO C.F. NON COMPILATO
EMAIL: NON COMPILATO PEC: NON COMPILATO
Professione attuale: NON COMPILATO

Iscritto a: NON COMPILATO (albi, collegi professionali, associazioni professionali ex L. 4/2013, ecc) di NON
COMPILATO (sede d'iscrizione)

2. CONDIZIONI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

Reddito ISEE

- ISEE in corso di validità inferiore/uguale a € 13.000
- ISEE in corso di validità superiore a € 13.000 e comunque non superiore a € 30.000

Età

- avere un'età compresa tra i 18 e inferiore ai 29 anni
- avere un'età uguale/superiore ai 29 e inferiore/uguale a 35 anni
- avere un'età superiore a 35 anni

Sesso

- Sesso maschile
- Sesso femminile

Disabilità ai sensi della L. 68/99 [ove sussistente]

- persona in condizioni di disabilità ai sensi della L. 68/99

3. DATI DEL PERCORSO FORMATIVO

Denominazione del percorso formativo:

- Tipologia A)** Corso di formazione/aggiornamento professionale Titolo **NON COMPILATO**
- Tipologia B)** Master I, Master II livello; diploma /corso di specializzazione Titolo **NON COMPILATO**

Durata del percorso: **NON COMPILATO**

stage: SI NO

FAD: SI NO

data d'inizio: **NON COMPILATO**

data di conclusione **NON COMPILATO**

Attestazione finale rilasciata:

- attestato di frequenza
- attestato di qualifica
- diploma di master I livello
- diploma di master II livello
- diploma di specializzazione
- Altra tipologia (riportare denominazione) **NON COMPILATO**

Costo complessivo dell'intervento **NON COMPILATO** di cui IVA **NON COMPILATO**

Soggetto erogatore dell'attività formativa (indicare denominazione e indirizzo):

Denominazione: **NON COMPILATO**

Via/Viale/P.zza: **NON COMPILATO**

n. civico: **NON COMPILATO**

Nazione: **NON COMPILATO** Città: **NON COMPILATO**

CAP: **NON COMPILATO**

Telefono: **NON COMPILATO**

Email: **NON COMPILATO**

Sede/i di svolgimento del corso (indirizzo)

Via/Viale/P.zza: **NON COMPILATO**

n. civico: **NON COMPILATO**

Nazione: **NON COMPILATO** Città: **NON COMPILATO** CAP: **NON COMPILATO**

Telefono: **NON COMPILATO** Email: **NON COMPILATO**

Tipologia appartiene l'ente erogatore:

- ordini professionali, collegi professionali, associazioni professionali inseriti nell'elenco del Ministero dello Sviluppo Economico, ai sensi della Legge 14 gennaio 2013, n. 4;
- soggetti eroganti percorsi formativi autorizzati e accreditati dagli stessi ordini o collegi o associazioni professionali di cui alla Legge 14 gennaio 2013, n. 4;
- enti di formazione accreditati dalla Regione Siciliana ai sensi del Regolamento di accreditamento 2015 macro tipologia C Formazione superiore,
- enti di formazione accreditati da altra Regione nel caso di percorso realizzato fuori dalla Sicilia (indicare la regione e la motivazione);
- provider accreditati riconosciuti dalla Commissione AGENAS;
- altri organismi autorizzati/riconosciuti per lo svolgimento dei corsi appartenenti alla Tipologia A;
- Università e Scuole di alta formazione italiane in possesso del riconoscimento del MIUR che le abilita al rilascio del titolo di master o di diplomi di specializzazione;
- Università pubblica di altro Stato UE o riconosciuta da autorità competente dello Stato comunitario, Scuola/Istituto di alta formazione di altro Stato UE, pubblico o riconosciuto da autorità competente dello Stato UE e da essa abilitato per il rilascio del titolo di master diplomi di specializzazione.

4. 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. Max 3000 caratteri spazi inclusi*)

NON COMPILATO

5. COERENZA DEL PERCORSO

Coerenza fra il percorso formativo e la propria professione:

NON COMPILATO

Motivazioni alla base della scelta del percorso formativo:

NON COMPILATO

Prospettive e aspettative del/la richiedente rispetto al percorso formativo:

NON COMPILATO

SOTTOSCRIZIONE SCHEDA

ai sensi del DPR n. 445/00

Il sottoscritto **NON COMPILATO** CF **NON COMPILATO** soggetto richiedente il contributo, nato a **NON COMPILATO** il **NON COMPILATO** residente a **NON COMPILATO** via/viale/p.zza **NON COMPILATO** Prov. **NON COMPILATO**

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che le informazioni fornite nella presente scheda corrispondono a verità.

Data,

Firmato digitalmente

* Obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l'apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma 1, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..