











REGIONE ABRUZZO

Direzione Politiche Attive del Lavoro, Formazione ed Istruzione, Politiche Sociali

P.O. FSE Abruzzo 2007-2013

Obiettivo "Competitività Regionale e Occupazione"

PIANO OPERATIVO 2012-2013

ASSE 4 – Capitale Umano

Obiettivo specifico 4.i) Aumentare la partecipazione alle opportunità formative lungo tutto l'arco della vita e innalzare i livelli di apprendimento e conoscenza

Progetto speciale

"VOUCHER PER LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI 2"

Nona Area di intervento: Promozione di nuovi profili professionali coerenti con le nuove esigenze del mercato lavoro.

Modello per la richiesta di assegnazione voucher per la formazione degli Operatori Socio-Sanitari 2

bollo (€ 14,62)

DOMANDA DI FINANZIAMENTO AL VOUCHER

Il/	La sottos	scritto/a					
ch	iede il fi	nanziamento di un vou	cher per:				
		rso di formazione _l nitario	per il rilascio della q	qualifica professionale d	i operatore socio-		
		Corso di nr. 1000 d	ore				
		Corso di nr. 300 o	re				
		Corso di nr. 240 o	re				
			per dichiarazioni meno 445/2000, sotto la prop	laci, falsità in atti ed uso o ria responsabilità	di atti falsi ai sensi		
			DICHIAR	A :			
1)	di esser	re nato/a a		(Prov.)il_	;		
2)	di essere residente nella Regione Abruzzo all'indirizzo						
	del Comune di(CAP						
	Recapit	to telefonico	e-mail		;		
3)	di essersi iscritto al corso di formazione sopra indicato in data/;						
4)	di poss	di possedere un reddito familiare complessivo ISEE (redditi 2012) pari ad €;					
5)	codice fiscale _ _ _ _ _						
6)	di non aver usufruito e di non usufruire attualmente o in futuro di finanziamenti pubblici per l frequenza al percorso formativo per cui si richiede il presente voucher.						
			CHIEDE	Σ:			
che	e ogni co	municazione sia fatta a	l seguente recapito: (da compilarsi se diverso	dalla residenza)			
Inc	dirizzo _						
CA	P	Comune			Prov		
Lu	ogo e dat	ta,		Firma del soggetto r	ichiedente¹		

La firma apposta viene autenticata ai sensi dell'art. 38, comma 2 e 3, del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i. allegando copia fotostatica di valido documento di identità. N.B.: Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. nº 445 del 2000 e s.m.i., se a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi della D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati forniti saranno utilizzati nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ente per l'espletamento del procedimento in esame e verranno utilizzate esclusivamente per tale scopo. Il trattamento dei dati forniti sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato. Il loro conferimento è obbligatorio, pena l'esclusione dal procedimento stesso. I dati indicati nella scheda Allegato B saranno trattati in forma anonima per soddisfare gli obblighi di monitoraggio periodico previsti dalla normativa regolante i finanziamenti FSE. Potranno esercitarsi i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 ed, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, sé incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il titolare del trattamento è la Regione Abruzzo.

Formulario relativo al corso di formazione per il quale si richiede l'assegnazione del voucher

				-				
1	Denominazio O.d.F.	one						
2	Sede O.d.F.							
3	Data inizio co	orso						
4	Durata del co	rso						
5	Costo del cor	so						
Riepilogo dei costi per i quali si richiede la concessione del Voucher								
Causale pagamento di spesa *			Data di pagamento	Importo richiesto in €				
Totale contributo richiesto €								
*N.B. indicare se il pagamento è stato effettuato per l'iscrizione/frequenza al Corso								
RIFERIMENTI BANCARI PER L'EROGAZIONE DEL VOUCHER								
(si precisa che il conto corrente <u>deve essere intestato o cointestato</u> al soggetto richiedente)								
IN C/	TESTATARIO	Nome	Cognome					
,		C.F. _						
	□ BANCA (indicare l'agenzia di riferimento) □ POSTE							
	ITALIANE							
IB	SAN (*)							
(*) si raccomanda di prestare la massima attenzione nella trascrizione corretta e leggibile del codice Iban								
Documenti allegati al presente formulario:								
- Documento di spesa , <u>in originale</u> , finalizzato all'iscrizione/frequenza (<i>barrare la/le casella/e interessata/e</i>):								
		□ ricevuta/e versamento/i conto corrente postale;						
		□ ricevuta/e versamento/i M.A.V.;						
	 □ ricevuta di pagamento on line vidimata dall'Istituto bancario/postale; □ ricevuta/e bonifico/i bancario/i; 							
	□ certificato o fattura/e riportante/i data, timbro e firma per quietanza.							

- Copia fotostatica di un **documento di riconoscimento** in corso di validità (cfr. nota 1).