



Cofinanziato dall'Unione europea



DICHIARAZIONE FABBISOGNO FORMATIVO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ Prov. (____) il ___/___/_____ in qualità di legale rappresentante della
ditta _____ con sede legale in: (C.A.P. – Città)
_____ Prov. (____)
Via _____ n. _____ Tel. _____ Fax
_____ e-mail _____ eventuale casella di posta certificata
PEC _____,

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss. mm. ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

il seguente fabbisogno formativo (**sezione da replicare per ogni percorsi formativo ritenuto necessario**):

• **PERCORSO FORMATIVO PRESCELTO:**

Percorso di qualifica professionale _____

• **DETTAGLIO DIPENDENTI COINVOLTI**

N. _____ dipendenti da formare

1. Indicare nome, cognome, data di nascita e ruolo svolto all'interno dell'azienda
2. Indicare nome, cognome, data di nascita e ruolo svolto all'interno dell'azienda
3. Indicare nome, cognome, data di nascita e ruolo svolto all'interno dell'azienda

• **MOTIVAZIONI DELLA SCELTA**

(esporre sinteticamente il contesto aziendale e le ragioni alla base della scelta effettuata)



Cofinanziato
dall'Unione europea



Luogo _____ data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(timbro e firma)
