

Allegato al DDG n. 1080 del 16/08/2021



REGIONE SICILIA

**Assessorato regionale dell'Istruzione e della Formazione
Professionale
Dipartimento regionale della Formazione Professionale**

**AVVISO N. 43/2021
FORMAZIONE PER LE NUOVE COMPETENZE NELLE
IMPRESE SICILIANE**

**ALLEGATO 3b DICHIARAZIONE SOGGETTO
FORMATIVO INCARICATO DALL'IMPRESA PER LA
REALIZZAZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE
APPROVATO A VALERE SULL'AVVISO ANPAL FNC
(caso ATI/ATS soggetto attuatore)**

ALLEGATO 3b (caso ATI/ATS soggetto attuatore). Dichiarazione soggetto formativo incaricato dall'impresa per la realizzazione del piano di formazione approvato a valere sull'avviso ANPAL FNC.

**All'Amministrazione Regionale Siciliana
Dipartimento della Formazione Professionale
Servizio I programmazione degli interventi in
materia di formazione professionale e
formazione permanente e continua
Viale Regione Siciliana,33
90135 Palermo PA**

Oggetto: "Avviso per le Nuove Competenze nelle Imprese Siciliane n.43 /2021"

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____
domiciliato/a presso _____ in qualità di Legale Rappresentante dell'organismo
formativo (denominazione/ragione sociale) _____ con sede legale in _____
via _____
Cap. _____ Tel. _____ PEC _____
mail _____ C.F. _____
P. IVA _____, capofila dell'ATI/ATS composta dai seguenti
soggetti: (riportare denominazione/ragione sociale di ciascun soggetto componente l'ATI/ATS)

incaricato dall'impresa _____ (indicare il nominativo dell'impresa committente
beneficiaria dell'Avviso ANPAL FNC) per la realizzazione della progetto di Piano di formazione approvato a
valere sull'avviso ANPAL FNC.

DICHIARA

che tutti i soggetti dell'ATI/ATS possiedono i requisiti di soggetto erogatore dei percorsi formativi
ai sensi dell'art.1 - Finalità e oggetto dell'intervento - dell'Avviso "Fondo Nuove Competenze
(FNC)", approvato con D.D. Anpal n. 461 del 04.11.2020 e ss.mm.ii., e di essere stati individuati
dall'impresa proponente all'interno del progetto formativo presentato in sede di accordo
collettivo di rimodulazione dell'orario di lavoro

Luogo e data _____

**Il legale rappresentante del capofila dell'ATI/ATS
o altro soggetto munito di poteri di firma*
(firma digitale)****

**Il legale rappresentante dell'impresa proponente
o altro soggetto munito di poteri di firma*
*(firma digitale)*****

** In caso di altro soggetto munito di poteri di firma, allegare atto di delega o altro documento comprovante poteri di firma*

*** 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..*