A: **EBILOG**

Via Vittorio Locchi 6

00197 Roma

**DOMANDA DI RIMBORSO PIANO FORMATIVO**

Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni ed integrazioni

Il/la sottoscritto/a

# in qualità di Legale Rappresentante dell’Azienda aderente

…………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Cognome Nome

Codice Fiscale

**Dati**

**del firmatario**

Ragione Sociale ………………………………………………………………………………………………………………

Sede legale ………………………………………………………………………………………………………………

P.IVA/Cod.Fisc. ………………………………………………………………………………………………………………

PEC ………………………………………………………………………………………………………………

In relazione al Piano formativo con codice progetto “ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” ammesso a valere del BANDO PER LA FORMAZIONE DEI LAVORATORI DELLE AZIENDE ADERENTI 2025

**Dati dell’Azienda**

**R ICHIEDE**

di ricevere il contributo pari a € \_\_\_ \_, sul seguente Conto bancario:

INTESTATARIO

IBAN

In relazione a tale richiesta,

**DICHIARA CHE**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

* Le attività svolte all’interno del richiamato piano formativo, per le quali si richiede il suddetto contributo, rientrano tra quelle ammissibili dal Bando;
* il contributo richiesto a consuntivo è calcolato sulla base del numero dei lavoratori effettivamente formati e sulla base del “Parametro A” e “Parametro B” indicato dall’azienda in fase di presentazione della di Domanda di Partecipazione;
* L’importo richiesto coincide con quello indicato nel file “Allegato 3” foglio “corsi completati”;
* La formazione obbligatoria è stata erogata nel rispetto delle normative di riferimento;
* La modalità didattica utilizzata è coerenti con i decreti e le disposizioni della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e della Regione di riferimento in merito alla possibilità di erogare corsi sulla Sicurezza Obbligatoria in aula e/o convertirli in telepresenza durante l’emergenza COVID-19;
* Le attività formative non sono state oggetto di ulteriori contributi.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Legale Rappresentante**

Firma digitale