**B4 Dichiarazione sostitutiva[[1]](#footnote-1)**

A pena di esclusione, la presente dichiarazione deve essere firmata, datata e redatta in carta intestata o recare un timbro leggibile.

**PRESENTATORE ANCHE ATTUATORE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, legale rappresentante (o persona delegata dal legale rappresentante) di (*inserire denominazione*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste all’articolo 76 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché informato di quanto previsto all’articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675:

* di esseresoggetto presentatore e attuatore del Piano formativo (titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PF\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a valere sull’Avviso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, cessazione di attività o concordato preventivo e/o in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio Stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle suddette situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell’ultimo quinquennio;
* che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che abbia determinato l’incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* di non avere procedimenti in corso ai sensi dell’art. 416/bis del codice penale;
* di applicare integralmente il CCNL di categoria stipulato da organizzazioni sindacali comparativamente rappresentative a livello nazionale;
* di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, assistenziali e assicurativi a favore dei lavoratori;
* di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio Stato;
* che la responsabilità è solidale con tutte le altre imprese coinvolte nel Piano;
* che le informazioni contenute nel formulario di presentazione corrispondono al vero,

**DICHIARA ALTRESI’**

in qualità di Attuatore, di essere in possesso dei requisiti richiesti dal relativo Avviso e, in particolare, specifica:

a) di essere accreditato per la formazione continua presso la Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, riportando gli estremi del DGR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che, dalla data di rilascio, non sono intervenute sospensioni o cancellazioni dell’accreditamento

oppure

b) di possedere il certificato di qualità attualmente in corso di validità rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**nonché**

* di possedere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anni di esperienza nel settore della formazione continua;
* di aver erogato n. \_\_\_\_ corsi di formazione continua nell’ultimo biennio;
* di avere un fatturato complessivo degli ultimi tre esercizi per le sole attività di formazione continua pari a euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**ed eventualmente**

* nel caso in cui vengano coinvolti altri soggetti attuatori, di costituirsi in ATI/ATS, di cui sarà capofila, con gli stessi soggetti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Codice fiscale/P.IVA** | **Sede legale** | **Legale rappresentante** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data, Firma

*Il sottoscritto autorizza ex D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i. For.Te. al trattamento dei dati personali e sensibili ai fini della gestione del Piano, nonché l’elaborazione dei dati ivi contenuti finalizzata alla produzione di dati statistici ad uso delle organizzazioni costituenti il Fondo, del Ministero del Lavoro e di altri Enti e Organismi convenzionati (INPS, INAIL).*

Data Firma

(Allegare fotocopia firmata del documento di identità in corso di validità del Rappresentante legale e/o della persona da questi delegata. In questa seconda ipotesi, va allegata anche idonea documentazione comprovante il conferimento dei poteri di firma e di rappresentanza).

1. Il Fondo si riserva di effettuare un controllo a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. [↑](#footnote-ref-1)