

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il
_____, residente a _____ Prov. _____, Via
_____ n. _____, CAP _____, Codice Fiscale
_____, Telefono _____, in qualità di
legale rappresentante dell'Azienda _____, Codice Fiscale
_____, P. IVA _____, con sede in
_____ Prov. _____, Via _____ n.
_____ CAP _____, Telefono _____, Fax _____, e-mail
_____, PEC _____, Matricola/e INPS n.
_____, aderente a Fondo Conoscenza da (mm/aa) _____

INOLTRA

ISTANZA DI ATTIVAZIONE DEL CONTO FORMAZIONE AZIENDALE

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 75 e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di avere preso visione delle Linee Guida sulle procedure di funzionamento, gestione, controllo e rendicontazione dei Piani formativi finanziati da Fondo Conoscenza;
- che l'Azienda rappresentata ha un organico di n. _____ dipendenti;
- che i locali in cui ha sede l'Azienda rappresentata sono conformi alla normativa in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro;
- che l'Azienda rappresentata appartiene alla seguente categoria secondo quanto stabilito dalle definizioni comunitarie vigenti:
 - Micro impresa
 - Piccola Impresa
 - Media impresa
 - Grande impresa

Il/La sottoscritto/a si impegna:

- a comunicare tempestivamente a Fondo Conoscenza qualsiasi variazione concernente i dati dichiarati (ad esclusione di quelli relativi all'organico);
- a mantenere l'adesione al Fondo, in caso di finanziamento di un Piano Formativo, fino all'approvazione della rendicontazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- al Conto Formazione Aziendale confluirà l'80% (85% in caso di Azienda con almeno 50 dipendenti), del contributo obbligatorio dello 0,30% calcolato sulle retribuzioni lorde dei propri lavoratori versato a Fondo Conoscenza per il tramite dell'I.N.P.S.;
- le somme accantonate nel Conto Formazione Aziendale non utilizzate nel triennio verranno automaticamente trasferite da Fondo Conoscenza al Conto Sistema.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- Copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
- Copia del cassetto previdenziale

Luogo e data _____

Timbro e firma del dichiarante

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" novellato dal D.lgs. 101/2018 e del regolamento europeo GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei suddetti dati.

Timbro e firma del dichiarante
