

ALLEGATO 4 - DICHIARAZIONE RIASSUNTIVA UNICA (DRU)



AVVISO PUBBLICO

per la realizzazione dei percorsi di apprendistato di primo livello erogati dagli Enti di formazione accreditati e iscritti alla sezione A dell'albo regionale, finalizzati al conseguimento di qualifica e diploma leFP (ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. 81/2015) in attuazione delle DGR n. XII/576/2023 e XII/1051/2023, a valere sulle risorse del PNRR (Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 1 "Politiche per il Lavoro", Investimento 1.4 "Sistema Duale", finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU)

di cui al Decreto n. 17911 del 14/11/2023

ANNO FORMATIVO 2023/2024

CUP E81J23000250006

DICHIARAZIONE RIASSUNTIVA UNICA

ID Dote**Operatore**

ID operatore

ID unità

organizzativa

Ragione sociale

Responsabile unità organizzativa del soggetto esecutore

Cognome

Nome

Codice fiscale

Ruolo

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a....., Prov....., il, Cod. Fiscale
..... in qualità di ☐ rappresentante legale / ☐ altro soggetto con potere di firma, attribuito con atto n.
.....del....., di

- Istituzione Formativa accreditata all'albo regionale sezione A

.....(indicare la denominazione dell'Istituto), con sede legale in
via/piazza....., n., CAP..... Prov.

DICHIARA

- ☐ di aver sottoscritto l'Atto di Adesione con riferimento all'iniziativa "Avviso pubblico per la fruizione dei percorsi di apprendistato di primo livello (ai sensi dell'art. 43 del D.Lgs. 81/2015) Anno formativo 2023/2024" e, quindi, di accettare senza riserve le condizioni stabilite da Regione Lombardia per l'erogazione dei servizi in regime di concessione.
- ☐ di aver preso in carico il/la Sig./ra:.

[Campi compilati in automatico dal PIP]

Cognome

Nome

Sesso

Codice Fiscale

Matricola

Nato a

Il

Residente a

Via

N.

CAP

Prov.

Domiciliato a

Via

N.

CAP

Prov.

Indirizzo email

Recapito telefonico

Titolo di studio _____ Dettaglio _____

Conseguito il _____ presso _____

- ☐ di aver accertato le generalità del/della Sig./ra.....Codice Fiscale..... e di aver acquisito dal/la stesso/a la documentazione attestante il possesso dei requisiti soggettivi previsti per l'accesso alla Dote, di cui al decreto
- ☐ di aver concordato e sottoscritto, con il/la Sig./ra..... ..Codice Fiscale..... , un Piano di Intervento Personalizzato (PIP) che prevede i seguenti servizi con relativa valorizzazione economica:

Servizi ammissibili

Servizio di formazione (nel rispetto del parametro di costo riportato al par. 8 dell'Avviso)

Tipologia delle attività	Periodo di attuazione delle attività	Operatore che eroga il servizio	Soggetti terzi coinvolti	Ore	Valorizzazione
Servizio di formazione			N.a.		

Servizio di sostegno per allievi con disabilità

Numero di Ore	Valorizzazione

per un valore economico complessivo dei servizi pari a€ _____ di cui:

€ Servizio di formazione

€ sostegno per allievi disabili

- ☐ che il termine entro il quale si prevede di concludere i servizi contenuti nel Piano di Intervento Personalizzato è il _____
- ☐ di conservare presso la propria sede i documenti previsti per la partecipazione alla Dote, di cui al Manuale Operatore di cui al d.d.u.o. del 22 febbraio 2012, n. 1319
- ☐ che il/i tutor individuato/i dall'operatore è/sono:

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____

Titolo di studio _____ Dettaglio _____

Anni di esperienza _____

Esperienza nel settore _____

Luogo _____, *data* _____

L'Operatore _____

*Firma digitale del rappresentante legale o
di altro soggetto con potere di firma*