

**REGIONE MOLISE**  
**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)**  
**Programma “Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori – GOL”**  
**AVVISO PUBBLICO N. 4/2025**

**MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI FORMATIVI GIÀ  
APPROVATI ED INSERITI NEL CATALOGO REGIONALE GOL**

Il sottoscritto

nato/a a  il

residente in  Via

CAP  C.F.

in qualità di legale rappresentante dell'Organismo di formazione (*di seguito OdF*):

*specificare*

Denominazione .....

con sede in .....

Via.....

Cap

Provincia

Codice fiscale/Partita IVA

Indirizzo PEC

Indirizzo mail

Estremi dell'atto di accreditamento

Telefono

*in riferimento alla presentazione dell'offerta formativa relativa all'Avviso n. 1/2023 di cui alla  
Determinazione dirigenziale n. 4936 del 9 ottobre 20253,*

### MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ

ad attuare l'intervento formativo/gli interventi formativi identificato/i di seguito riportati che, alla data di scadenza del presente Avviso risultano essere caratterizzati da un numero minimo di partecipanti pari a 4 per i Percorsi 2 Upskilling e pari a 10 per i Percorsi 3 Reskilling, già inseriti nel Catalogo regionale GOL di cui all'Avviso n. 1/2023 approvato con Determinazione dirigenziale n. 4936 del 9.10.2023, fermo restando il raggiungimento del numero minimo di iscritti pari a n. 6 per gli interventi "Upskilling" (Aggiornamento) e pari a n. 12 per gli interventi "Reskilling" (Riqualificazione):

Cod. GOL	Denominazione	Tipologia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Si impegna ad attuare gli interventi sopra descritti sulla base delle determinazioni dirigenziali di ammissibilità delle stesse con le prescrizioni in esse eventualmente riportate.

#### DICHIARA

- di essere Organismo di formazione accreditato ai sensi della DGR n. 533/2012 e pertanto si rende disponibile all'erogazione delle attività formative previste all'interno dei Percorsi di Upskilling e Reskilling;
- di non trovarsi attualmente in stato di sospensione dell'accREDITAMENTO per la formazione;
- di essere consapevole che, qualora dai controlli dell'amministrazione regionale, di cui agli articoli 71 e ss. del D.P.R. 445/00, emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Ente rappresentato decade dai benefici eventualmente concessi.

**Allega obbligatoriamente alla presente istanza, copia fronte retro del documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.**

Luogo e data,

\_\_\_\_\_  
Firma digitale