**Modello A**

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL’AVVIO DELL’ATTIVITÀ FORMATIVA**

*Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*

Spett. Regione Molise

Servizio Politiche dell’istruzione, della formazione professionale e dell’università [regionemolise@cert.regione.molise.it](mailto:regionemolise@cert.regione.molise.it)

**Percorso 2 - Aggiornamento (*upskilling*)  Percorso 3 - Riqualificazione (*reskilling*)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto RAPPRESENTANTE LEGALE (*o Delegato*)** | | | | | |
| Cognome: | | | Nome: | | |
| nato il: | a: | | | | Prov.: |
| codice fiscale: | | | | | |
| **SOGGETTO REALIZZATORE** | | | | | |
| Denominazione Organismo di Formazione: | | | | | |
| P. iva/CF: | | | | | |
| **PERCORSO DA AUTORIZZARE cod. \_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1)** | | | | | |
| **Denominazione:** | | | | | |
| **CUP:** | | | | | |
| Determinazione dirigenziale di concessione: | | | | | |
| Settore economico-professionale di riferimento[[2]](#footnote-2): | | | | | |
| Totale ore corso: | | Data Inizio attività: | | Data fine attività: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEDE OPERATIVA DI EROGAZIONE CORSO** | | |
| DD di accreditamento (sede operativa): | | |
| Comune: | Provincia: | CAP: |
| via: | | |

**CHIEDE**

l’autorizzazione all’avvio dell’attività formativa sopra riportata.

Ai fini istruttori, in conformità alle Linee Guida ed indirizzi operativi per l’attuazione delle misure relative al Percorso 2 - Aggiornamento (Upskilling) e al Percorso 3 – Riqualificazione (Reskilling) di cui all’Avviso n. 1 approvato con D.D. n. 4936 del 9-10-2023 allega i seguenti documenti:

elenco docenti, tutor (Modello A.1)

elenco allievi provvisorio (Modello A.2)

calendario didattico completo delle attività con indicazione dei giorni e delle ore settimanali di lezione (Mod. A.3)

registro di classe (Modello A.4) che dovrà riportare i dati anagrafici degli allievi iscritti all’attività formativa

autodichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante dell’Organismo di Formazione di non sovrapposizione di attività formative e/o di docenti nel caso di svolgimento di più percorsi formativi con allegato il riepilogo di tutti i corsi in fase di svolgimento dal quale emerga la non impossibilità logistica e/o di personale docente di concedere il nulla osta.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 2018/101 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) per i soli fini previsti nell’ambito del Programma GOL.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

1. Inserire codice del percorso nel Catalogo on line [↑](#footnote-ref-1)
2. Se previsto. [↑](#footnote-ref-2)