

## Modello D.1

### 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 1 – Reinserimento lavorativo** ☐ **Percorso 2 - Aggiornamento (*upskilling*)**  
☐ **Percorso 3 - Riqualificazione (*reskilling*)** ☐ **Percorso 4 – Lavoro e inclusione**

| 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. _____ <sup>1</sup>                 |                       |                     |
| Denominazione:  |                       |                     |
| CUP:  |                       |                     |
| Determinazione dirigenziale di concessione:                     |                       |                     |
| Settore economico-professionale di riferimento <sup>2</sup> :   |                       |                     |
| Totale ore corso:   | Data Inizio attività: | Data fine attività: |
| SEDE OPERATIVA DI EROGAZIONE CORSO                              |                       |                     |
| Determinazione Dirigenziale 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 D.2)  
☐ elenco allievi provvisorio (Modello D.3)

<sup>1</sup> Inserire codice del percorso nel Catalogo on line

<sup>2</sup> Se previsto.

- ☐ calendario didattico completo delle attività con indicazione dei giorni e delle ore settimanali di lezione (Mod. D.4)
- ☐ registro di classe (Modello D.5) 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 \_\_\_\_\_

(timbro e firma)

Il Legale rappresentante

\_\_\_\_\_