**Allegato 20**

**Richiesta delle Aziende che inviano i propri dipendenti/soci ai corsi a catalogo o interaziendali**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

All’Amministrazione competente

ALFA- Agenzia Regionale per il Lavoro, la Formazione e l’Accreditamento

SERVIZIO FORMAZIONE PROFESSIONALE

GENOVA VIA CESAREA, 14

il sottoscritto...................................... nato a ....................................... il...................... residente in ................................Via......................................., in qualità di.............................................................. (Legale Rappresentante/Procuratore) dell’azienda ................................. con Sede Legale in .................................. P.IVA/CF................................................. domiciliato per la carica presso la sede legale dell’Azienda come sopra indicato, a quanto infra autorizzato in forza dei poteri conferitogli dallo statuto;

**CHIEDE**

che il/i seguente/i dipendente/i o socio/i:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **SPECIFICARE SE SOCIO O DIPENDENTE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

sia/no ammessi a partecipare al corso di formazione professionale:

Titolo: **ADDETTO ALLE ATTIVITA’ DI BONIFICA AMIANTO** Codice corso: **ESSEG24-10 ED.1°**

Attività a riconoscimento approvata con decreto prot. n. 433 del 23/02/2024

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/2000,sotto la propria personale responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti in base alle stesse,

* che nella selezione del personale interno da destinare al progetto di formazione professionale sono stati applicati i principi della legge d.lgs. 198/2006;
* il normale orario di lavoro dell’Azienda risulta così articolato: dalle ore ….... alle ore….... e nei giorni da.................. a....................
* che l’attività formativa

[ x ] viene

[ ] non viene

svolta durante il predetto normale orario.

* che l’Azienda attualmente esercita l’attività di Impresa

**DICHIARA ALTRESÌ**

(se la seguente scheda non è già stata allegata in precedenza):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione dell’Impresa o Ragione sociale [[1]](#footnote-1)(\*) | |  | | |
| Anno di costituzione |  | | Codice Fiscale |  |
|  |  | | Partita IVA |  |
| Numero iscrizione CCIAA |  | | Codice ATECO 2007 |  |
|  |  | |  |  |
| Settore: |  | | Tipo: | € Pubblica  € Privata |

1. Sede Legale

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo |  | | | | | | |
| Cap |  | | | Comune |  | | |
| Telefono |  | | | Telefax |  | | |
| Numero di dipendenti  dell'intera azienda  al 31/12/\_\_\_\_\_ | | *Maschi* |  | *Femmine* |  | Totale |  |

1. Unità produttive o amministrative ubicate nel territorio della Regione Liguria al 31/12/\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. ... | Indirizzo | | |  | | | | | |
| Cap | |  | | | | Comune |  | | |
| Telefono | |  | | | | Telefax |  | | |
| Numero di dipendenti  al 31/12/\_\_\_\_\_ | | | *Maschi* | |  | *Femmine* |  | Totale |  |

|  |
| --- |
| Attività: |
|  |
|  |
|  |

**DICHIARA INOLTRE CHE**

* L’impresa è da considerare ai sensi dell’art. 2 dell’allegato della raccomandazione della Commissione Europea del 6 maggio 2003 relativa alla definizione delle micro imprese, piccole e medie imprese, pubblicata sulla G.U.U.E. L.124/36 del 20/5/2003:

€ Piccola impresa

€ Media impresa

€ Grande impresa

* L’impresa rispetta i criteri di autonomia di cui all’art. 3 dell’allegato della raccomandazione di cui sopra.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro dell’Azienda e Firma del legale rappresentante)

1. [↑](#footnote-ref-1)