*Da redigere su carta intestata*

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio

relativa al progetto formativo

(ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28/12/2000 nr. 445)

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo del progetto formativo** |  |
| **Protocollo del progetto formativo** |  |
| **Ragione sociale Ente proponente** |  |

Il sottoscritto/a ………………………………………………… nato/a a ………………………………………… il …………………………………. residente in ……………………………………………………………………, via ………………………………………………………………………., in qualità di Legale Rappresentante dell’Ente proponente del contributo Studio / Azienda ……………………………………………………… con sede legale in ……………………………………………………………………. via ………………………………………………………….. Partita Iva …………………………………………………………. e Codice Fiscale …………………………………………………………………… , consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, con la presente

**DICHIARA**

**1** - con riferimento al progetto formativo sopra indicato richiamato, quanto segue:

1. le spese che sono state sostenute, con decorrenza dal ……………………...… al ………………...……, sono di un ammontare complessivo pari ad EURO ………………………………….………;
2. le spese su indicate sono state effettivamente sostenute e corrispondono a pagamenti effettuati, comprovate da fatture quietanzate o da documenti contabili aventi forza probatoria equivalente;
3. le spese sono strettamente connesse al progetto formativo sperimentale approvato;
4. le spese sostenute sono pertinenti, congrue, coerenti e sostenute nel periodo di vigenza del finanziamento, conformi alla normativa nazionale e di riferimento e rispettano i limiti della scheda finanziaria approvata;
5. le spese sono conformi alle norme fiscali e contabili nazionali;
6. le spese sono documentate con documenti contabili e di rendiconto originali (oppure ove previsto, con documenti in copia conforme agli originali) e archiviati presso la sede del soggetto proponente;
7. l’Iva e le altre imposte, tasse ed oneri riportate nella presente rendicontazione sono state realmente e definitivamente sostenute;
8. le spese sono state correttamente contabilizzate dei soggetti che ne richiedono il rimborso (soggetto proponente ed eventualmente altri soggetti aventi un ruolo analogo) e sono sostenuti da idonea documentazione;
9. che non sono stati realizzati margini di profitto a fronte delle attività formative effettuate;
10. che dai registri didattici attestanti le effettive presenze, conservati presso la propria sede ………………………………………………………………………….. risulta la partecipazione alle attività formative di dipendenti iscritti nel libro unico del lavoro degli studi/aziende beneficiarie del progetto formativo;
11. sono state adempiute tutte le prescrizioni di legge ed in particolare quelle previste dalla normativa comunitaria e nazionale e quelle fiscali.

**2** - che, in qualità di sostituto d’imposta, le ritenute fiscali e contributive, maturate in costanza di rapporto di **lavoro subordinato / parasubordinato / autonomo**, durante il progetto sopra richiamato, per la **partecipazione / svolgimento di compiti / esecuzione d’incarichi** delle/i lavoratrici/ori di seguito elencate/i, e relative alla partecipazione al progetto sopra richiamato, sono state regolarmente ed interamente versate, come da disposizione di legge, con i modelli F24 pagati nelle seguenti date:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr. progressivo dipendenti** | **Cognome e nome del personale addetto al piano/progetto formativo** | **Data pagamento F24** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **…** |  |  |

**3** - le spese rendicontante e verificate dal Revisore Contabile Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ riguardanti il progetto sopra indicato, non hanno goduto di nessun altro finanziamento pubblico (nazionale e/o comunitario). Le stesse non saranno poste a carico di altri finanziamenti pubblici (nazionali e/o comunitari).

**SI IMPEGNA**

**4** - a fornire, tempestivamente a prima richiesta, al Fondo o alle persone con funzioni di controllo e verifica da esso incaricate e, infine, dal personale del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, tutte le informazioni ed i documenti contabili e di rendiconto (in copia conforme all’originale oppure ore richiesto in originale) necessari per effettuare le verifiche previste dalla normativa di riferimento e dalle procedure del Fondo.

**RICHIEDE**

**5** - in seguito alla comunicazione dell’esito positivo della verifica rendicontativa effettuata dal REVISORE CONTABILE Dott.ssa/Dott. …………………………………………..……. in data ………………., avente per oggetto il progetto formativo sopra indicato, l’erogazione del contributo a saldo, pari ad € ……………………………….. (€ …………………………………),

Le coordinate bancarie del conto corrente su cui accreditare l’importo a favore del soggetto richiedente sono le seguenti:

|  |  |
| --- | --- |
| **Istituto bancario** |  |
| **Filiale di** |  |
| **Codice IBAN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Allegare fotocopia leggibile del documento d’identità, in corso di validità.**