**ISTANZA DI ACCESSO ALLA PROCEDURA DI CERTIFICAZIONE DELLE UNITÀ DI COMPETENZA ABILITANTI ALL’ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DEL SISTEMA REGIONALE INTEGRATO DI CERTIFICAZIONE**

**DELLE COMPETENZE E DI RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI**

**Sessione straordinaria rivolta ai partecipanti al progetto VA.LEplus e al progetto VA.LE**

via PEC: dpg025@pec.regione.abruzzo.it

indicare obbligatoriamente nell’oggetto della pec: ISTANZA ACCESSO ESAMI UC2

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paese\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avente:

[ ] cittadinanza italiana

[ ] cittadinanza di altro Stato membro della UE (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

[ ] non avente Ia cittadinanza di uno Stato membro, ma titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;

[ ] avente cittadinanza di un Paese terzo (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] titolare dello stato di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria

**[ ] partecipante al progetto VA.LEPLUS - Intervento n. 51 denominato “Implementazione Sistema regionale integrato di certificazione delle competenze e di riconoscimento dei crediti formativi da apprendimenti formali, non formali ed informali. POR FSE ABRUZZO 2014-2020 OBIETTIVO “INVESTIMENTI A FAVORE DELLA CRESCITA E DELL'OCCUPAZIONE**

**[ ] partecipante al progetto VA.LE “Certificazione delle competenze con valore legale” - CUP C93H18000020007, attuativo dell’Intervento 10 – Certificazione apprendimenti non formali e informali, di cui al PO FSE Abruzzo 2014-2020, Asse 3 – Istruzione e formazione, Obiettivo tematico 10, Priorità d’investimento 10iv, Obiettivo specifico 10.4**

**[ ] in possesso del Certificato di Qualificazione relativo all’Unità di competenza "*Accompagnare e supportare l'individuazione e la messa in trasparenza delle competenze, anche ai fini del riconoscimento dei crediti formativi*", rilasciato dalla Regione Abruzzo**

consapevole delle sanzioni applicate in caso di atti e/o dichiarazioni false, richiede l’accesso alla procedura di certificazione dell’Unità di Competenza “*Pianificare e realizzare le attività valutative per la validazione e la certificazione delle competenze*”.

Sottoscrivendo Ia richiesta accetto le norme relative al processo di certificazione, così come specificate nell'Avviso. Acconsento altresì al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. n. 196/2003 e del Reg. (UE) 2016/679 da parte della Regione Abruzzo, ai meri fini del procedimento amministrativo.

Allego a tal fine:

[ ] patto di servizio, conforme allo standard di cui all’avviso, sottoscritto in originale;

[ ] copia di documento di identità in corso di vigenza, debitamente sottoscritto.

La presente dichiarazione è rilasciata ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., con la consapevolezza delle sanzioni civili, penali e amministrative richiamate dagli artt. 75 e 76 del medesimo DPR n. 445/2000.

Luogo e data Firma

**PATTO DI SERVIZIO**

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paese\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a fronte della richiesta, in data \_\_\_ di certificazione delle Unità di competenza “Pianificare e realizzare le attività valutative per la validazione e la certificazione delle competenze”

- accetta integralmente le disposizioni di cui all’Avviso pubblico approvato con D.D. \_\_\_\_\_\_\_

- attesta la veridicità delle informazioni rilasciate nell’ambito del processo, consapevole delle conseguenze in caso di atti e/o dichiarazioni false;

- si dichiara consapevole che la Regione Abruzzo mantiene il diritto di procedere a controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate e dei documenti forniti quali evidenze;

- si impegna a partecipare al processo di certificazione secondo le modalità organizzative ed i termini temporali definiti dalla Regione in sede di programmazione degli esami.

Luogo, data, firma in originale