**Allegato\_dichiarazione beneficiario causa interruzione percorso formativo**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Autodichiarazione beneficiario cause interruzione percorso formativo**

Il/la sottoscritto/a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(cognome) (nome)

nato/a a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (**\_\_\_\_\_**) il**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(luogo) (prov.)

residente a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (**\_\_\_\_\_**) in via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(luogo) (prov.) (indirizzo)

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci;

- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00;

- sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di essere stato/a destinatario/a del percorso formativo GOL denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il nome del percorso) COD ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CUP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_svolto presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare l'ente formativo e la sede Formativa).

Dichiara che, a causa di uno dei seguenti motivi di giustificazione, il percorso formativo è stato **interrotto**

☐ Maternità

☐ Infortunio

☐ Malattia di lunga durata (superiore a 30 giorni)

☐ Instaurazione di un rapporto di lavoro

**In alternativa**

Dichiara che, a causa di uno dei seguenti motivi di giustificazione, il percorso formativo è stato concluso con ammissione agli esami finali ma si è verificato un mancato superamento della valutazione finale:

☐ Maternità

☐ Infortunio

☐ Malattia di lunga durata (superiore a 30 giorni)

☐ Instaurazione di un rapporto di lavoro

Data di inizio dell’interruzione o della causa giustificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descrizione dettagliata della causa (eventuale): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega la documentazione comprovante e dichiara di essere a conoscenza delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000.

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(luogo e data)

Il/la dichiarante**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(firma per esteso e leggibile)

Si allega al presente modulo una copia del documento di identità del dichiarante