



Domanda di voucher formativo individuale per percorsi per Operatore Socio Sanitario di cui alla DGR n. 688 del 16 maggio 2017- terzo ciclo DGR n. 1118 del 30 luglio 2019

All'Organismo di Formazione (codice e denominazione ente).....

Il sottoscritto (cognome e nome)

nato/a (.....) il

Codice Fiscale

residente/domiciliato nel Comune di (.....)

in via n. località/frazione

telefono e-mail

risultato idoneo alla prova di selezione svoltasi il 02/10/2019 con il seguente punteggio: _____/100

Chiede

l'assegnazione del voucher formativo individuale per l'importo di euro 1.500, ai sensi della DGR 1118/2019, per la frequenza al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario, di cui alla DGR n. 688 del 16 maggio 2017, codice n. _____, Comune sede di svolgimento _____

a tal fine dichiara di¹:

- € essere disoccupato da almeno 6 mesi;
- € non aver avuto un impiego regolarmente retribuito negli ultimi 6 mesi;
- € essere lavoratore con uno o più redditi da lavoro dipendente il cui ammontare complessivo risulti pari o inferiore a 8.145 euro (art. 4 comma 15 quater, Legge n. 26 del 28 marzo 2019, Circolare Anpal 1/2019);
- € essere lavoratore con un reddito da lavoro autonomo pari o inferiore a 4.800 euro (art. 4 comma 15 quater, Legge n. 26 del 28 marzo 2019, Circolare Anpal 1/2019);

si impegna a:

- € versare, a parziale copertura delle spese di gestione che sosterrà l'ente di formazione, una quota pari a 500 euro;
- € frequentare il percorso formativo per almeno il 90% del monte ore previsto;

¹ I requisiti per l'accesso al voucher devono essere posseduti alla data della presentazione della domanda di accesso al voucher.

Allega:

- € Scheda anagrafico professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego di
- € Certificazione status di disoccupazione (attestazione stato conservazione della disoccupazione) rilasciata dal Centro per l'Impiego di
- € Dichiarazione di idoneità alla prova di selezione del 02/10/2019.
- € Copia, firmata e datata, di un documento di identità personale del richiedente in corso di validità.

In fede,

Luogo e data

Il dichiarante

.....
(firma leggibile)

Data, timbro e firma per ricevuta da parte dell'organismo di formazione titolare del corso