**Dichiarazione Sottoscrizione polizza Responsabilità Civile**

(su carta intestata dell’ente proponente)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Pr. \_\_\_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_,

nella sua qualità di legale rappresentante del **soggetto proponente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per le attività previste dallo “Avviso per il finanziamento di percorsi di integrazione socio-lavorativa per titolari di protezione internazionale e umanitaria, titolari di permesso di soggiorno rilasciato nei casi speciali previsti dal decreto legge 4 ottobre 2018, n. 113 convertito con modificazioni dalla legge 1° dicembre 2018 n. 132, che consentono lo svolgimento di attività lavorativa, titolari del permesso di soggiorno per protezione speciale rilasciato ai sensi dell’art. 32, comma 3 del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, nonché cittadini stranieri entrati in Italia come minori non accompagnati e regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale in condizione di inoccupazione o disoccupazione CUP: I54E18000030006” Finanziato con FAMI e FSE - PON INCLUSIONE 2014 – 2020 , pubblicato da ANPAL Servizi S.p.A., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la mia responsabilità

**DICHIARA**

di aver sottoscritto la sotto riportata polizza assicurativa contro i rischi di responsabilità civile verso terzi:

|  |  |
| --- | --- |
| **Compagnia** |  |
| **Numero polizza** |  |
| **Periodo** | Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Data ultimo pagamento quietanzato** |  |

per i tirocinanti sotto riportati

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice fiscale** | **Data inizio tirocinio** | **Data termine tirocinio** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma (non autenticata) |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Luogo e data | (allegato documento di identità in corso di validità) |

Informativa ai sensi D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo