DICHIARAZIONE VALIDAZIONE PIATTAFORMA PER SVOLGIMENTO ATTIVITÀ FORMATIVE IN TRAINING ON THE JOB

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| nato a |  | Prov. |  | il |  |
| Residente a |  | Prov. |  | C.F. |  |
| Indirizzo |  |
| Tel. |  | Fax: |  | e-mail: |  |

in qualità di Rappresentante Legale del Soggetto proponente/attuatore *(indicare la denominazione/ragione sociale del proponente/attuatore)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in riferimento al Piano formativo finanziato dal FAPI codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ determina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria ed esclusiva responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, in considerazione della emergenza COVID 19

**CHIEDE**

di poter attivare la formazione in modalità TRAINING ON THE JOB per gli interventi formativi di seguito elencati:

* + codice progetto: ……………………. (da replicare per i progetti)

**A TAL FINE DICHIARA**

1. Il caricamento di calendari di dettaglio in piattaforma
2. Descrizione degli eventuali strumenti di valutazione dell’apprendimento utilizzati

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La presenza di Docenti e tutor di supporto all’apprendimento: Si □ No□

**D I C H I A R A ALTRESI’**

* che la variazione della modalità formativa non comporterà alcuna modifica in termini di obiettivi di Progetto approvato;
* che la formazione sarà erogata nella data/orario inserito nel calendario web del Piano formativo;
* che la formazione sarà svolta in applicazione dell’art. 1, lettera S, del DPCM 3 dicembre 2020, con riferimento anche al Protocollo Condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid 19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto dalle Parti Sociali il 24 aprile 2020.

Luogo e data Il richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_