FORMAT PER LA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE AUTOFINANZIATI

Spett.le Regione Campania Settore Formazione Professionale

> Centro Direzionale Isola A/6 80143 - Napoli

Denominazione e ragione sociale:		Spett.le Amministrazione Provinciale Settore Formazione Professionale
OGGETTO: Richiesta di Autorizzazione per lo svolgimento di attività Formazione Professionale Autofinanziata Biennalità A1 SOGGETTO ATTUATORE Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail		
OGGETTO: Richiesta di Autorizzazione per lo svolgimento di attività Formazione Professionale Autofinanziata Biennalità A1 SOGGETTO ATTUATORE Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail		
Formazione Professionale Autofinanziata Biennalità A1 SOGGETTO ATTUATORE Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail	Prot. ndel	
Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f. natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov. cap. cap. sito internet. delegato del rappresentante legale: tel.: fax: fax: e-mail Organismo accreditato in data		
Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f. natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov. cap. cap. sito internet. delegato del rappresentante legale: tel.: fax: fax: e-mail Organismo accreditato in data		
Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f. natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov. fax: delegato del rappresentante legale: tel.: fax: fax: ge-mail Organismo accreditato in data	OGGETTO: Richiesta di Autorizza	azione per lo svolgimento di attività c
Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov. cap. e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: fax: e-mail Organismo accreditato in data		
Codice di accreditamento Denominazione e ragione sociale: p.iva o c.f natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov. cap. e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: fax: e-mail Organismo accreditato in data	A1 SOCCETTO ATTILATORE	
Denominazione e ragione sociale:	AT SOCIETIO ATTOATORE	
p.iva o c.f natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail		Codice di accreditamento
natura giuridica: rappresentante legale: indirizzo: città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail Organismo accreditato in data	Denominazione e ragione sociale:	
rappresentante legale:indirizzo: città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail Organismo accreditato in data	p.iva o c.f	
indirizzo: città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail Organismo accreditato in data	natura giuridica:	
città: prov cap sito internet tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail Organismo accreditato in data	rappresentante legale:	<u> </u>
tel.: fax: e-mail delegato del rappresentante legale: tel.: fax: e-mail Organismo accreditato in data	indirizzo:	_
delegato del rappresentante legale:		
tel.: fax: e-mail	tel.: fax:	e-mail
□ Organismo accreditato in data	delegato del rappresentante legale:	
-	tel.: fax:	e-mail
-	□ Organismo accreditato in data	
□ Organismo in fase di rinnovo accreditamento con procedura avviata in data	•	

A2 Dati identificativi della Struttura Formativa (Aule/ Laboratori/ Spazi Temporanei) da replicare per ogni sede operativa.

(Inserire elenco delle aule ed eventuali laboratori distinti per numero e singola capacità ricettiva. Solo in caso di richiesta di nuovi corsi, allegare planimetria dei locali risultati accreditati o in fase di rinnovo, e, per i soli laboratori, allegare elenco attrezzature ed arredi necessari per lo svolgimento delle tipologie corsuali richieste, unitamente ad apposita attestazione timbrata e firmata da un tecnico abilitato relativa all'idoneità e all'adeguatezza delle stesse attrezzature ed arredi. Allegare, inoltre, idonea autocertificazione del legale rappresentante circa la reale e fedele corrispondenza dei locali alle risultanze dell'accreditamento):

B.1 Elenco dei corsi Codificati/Normati (D.G.R. 45/05) ricadenti nei Settori per i quali il SoggettoAttuatore è accreditato e di cui se ne richiede l'autorizzazione allo svolgimento:

(Si precisa che deve essere elencata la sola tipologia corsuale senza indicare né il numero di allievi né il numero di edizioni, essendo vincolato l'uno alla capacità ricettiva dell'aula, l'altro ai limiti strutturali della sede accreditata. Inoltre, è obbligatorio allegare i progetti formativi redatti secondo i criteri evidenziati al paragrafo 7 dell'Allegato A della D.G.R. 45/05 utilizzando il formulario di cui all'Allegato 4 della stessa D.G.R.45/05. Si sottolinea, infine, che nel caso di percorsi formativi in precedenza già allo stesso Soggetto autorizzati, questi è esonerato dalla presentazione dei relativi progetti):

Area	Settore	Denominazione corso – cod.	Durata (ore)	Livello (I – II – III)	Corso già autorizzato in precedenza (si/no)

Esempio:

AREA C: SERVIZI

Settore: ACCONCIATTURA ESTETICA

Acconciatore (Dipendente) – cod. 1601-1602/1 (1800 ore – I Livello)
Acconciatore (Specializzazione) – cod. 1601- 1602/1 (900 ore – I livello)
Estetica (Dipendente) L.1/90 – cod. 1603/02 (1800 ore – I Livello)

Visagista Truccatore – cod. 1603/06

(600 ore – I Livello)

B.2 Elenco dei corsi NON CODIFICATI ricadenti nei Settori previsti dalla D.G.R. 45/05 per i quali il Soggetto Attuatore è accreditato e di cui se ne richiede l'autorizzazione allo svolgimento:

(Si precisa che per i corsi non codificati è obbligatorio allegare il Progetto Formativo, redatto utilizzando il Formulario Allegato 4 della D.G.R. 45/05, con l'indicazione dei Moduli di base obbligatori e con l'articolazione di moduli di specializzazione. La coerenza dell'ipotesi progettuale determinerà l'autorizzazione del percorso)

Area	Settore	Denominazione corso	Durata (ore)	Livello (I – II – III)

ALLEGARE:

- Copia del documento di riconoscimento del firmatario in corso di validità
- Copia della delega a sottoscrivere la domanda nel caso in cui il firmatario è soggetto diverso dal legale rappresentante
- Copia della ricevuta di versamento delle spese di istruttoria pari ad euro 20,00 alla Regione Campania
- I progetti formativi non presentati in precedenza e relativi ai corsi per i quali si chiede autorizzazione allo svolgimento, redatti anche in formato digitale
- In caso di tipologie corsuali non richieste ed autorizzate in precedenza, planimetria dei locali ed autocertificazione del legale rappresentante circa la reale e fedele corrispondenza degli stessi alle risultanze dell'accreditamento
- In caso di tipologie corsuali non richieste ed autorizzate in precedenza, elenco delle attrezzature ed arredi utilizzati nei laboratori necessari per lo svolgimento delle attività formative delle tipologie corsuali richieste, unitamente ad apposita attestazione timbrata e firmata da un tecnico abilitato relativa all'idoneità e all' adeguatezza delle stesse attrezzature ed arredi.

II sottoscritto		, a co	noscenza di	quanto	prescritto	dall'art. 4	6 del
D.P.R. n°445 del 28	Dicembre 2000 sulle	e responsa	abi lità penali	cui può	andare ind	contro in c	aso di
dichiarazioni menda	ci, dichiara, sotto l	a propria	responsabili	tà, che	quanto	dichiarato	nella
presente istanza rispe	onde a verità.						
LA PRESENTE IST	TANZA È COMPO	STA DA I	۷° PA	GINE			
DATA	FII	RMA DEL	LEGALE RAP	PRESEN	ITANTE O	SUO DELE	GATO
1 1				_			