



Iniziativa realizzata nell'ambito del Programma FSE+ 2021-2027 della Provincia autonoma di Trento, con il cofinanziamento dell'Unione europea - Fondo sociale europeo plus, dello Stato italiano e della Provincia autonoma di Trento.

**Titolo corso:** \_\_\_\_\_

**Codice progetto:** \_\_\_\_\_ **Soggetto erogatore** \_\_\_\_\_

**REGISTRO PRESENZE PERSONALE - FORMAZIONE A DISTANZA SINCRONA**

**Partecipante:** \_\_\_\_\_

N°	DATA DELL'ATTIVITA'	Dalle ore	Alle ore	ARGOMENTO/MATERIA/MODULO	DOCENTE (cognome e nome)	Firma partecipante
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(ai sensi art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 T.U.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente con seguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R.28 dicembre 200, n.445)

**DICHIARA**

di avere svolto le attività di Formazione a distanza sincrona (FaD) come sopra riportate.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**NB: Allegare copia di un documento di riconoscimento del sottoscrittore.**

*Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determina n. 309 di data 7 agosto 2024 dell'Agenzia del Lavoro.*

FAAC SIMILE