



REGIONE ABRUZZO

Dipartimento Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università

Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020

Obiettivo "Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione"

ASSE 3

Istruzione e formazione

Obiettivo tematico: 10

Investire nell'istruzione, nella formazione e nella formazione professionale per le competenze e l'apprendimento permanente

Priorità d'investimento:10ii

Migliorare la qualità e l'efficacia dell'istruzione superiore e di livello equivalente e l'accesso alla stessa, al fine di aumentare la partecipazione e i tassi di riuscita specie per i gruppi svantaggiati

Obiettivo specifico 10.5

Innalzamento dei livelli di competenze, di partecipazione e di successo formativo nell'istruzione universitaria e/o equivalente

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE PER L'EROGAZIONE DI "VOUCHER PER LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA E PER L'ALTA FORMAZIONE"

EDIZIONE 2015

Modello per la richiesta di assegnazione voucher per la formazione universitaria e per l'alta formazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA²

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov.) _____

il ____/____/____ domiciliato nel Comune di _____

Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

e-mail _____;

pec _____;

telefono: _____ (mobile) - _____ (casa)

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i 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. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA**1** Di risiedere nella Regione Abruzzo nel Comune di _____

Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____

CAP _____

2 Di risiedere nella Regione Abruzzo **da almeno un anno** alla data di pubblicazione nel B.U.R.A.T. del presente Avviso;

3 Di aver presentato la DSU (dichiarazione sostitutiva unica) di cui al D.P.C.M. 5.12.2013, n. 159, per l'accesso alle prestazioni universitarie in data _____ protocollo n. _____ all'Ente (specificare CAF/COMUNE/INPS o altro soggetto abilitato) _____ di _____ (specificare sede), e che, dal calcolo effettuato, risulta avere un ISEE in corso di validità pari ad € _____ ;

² Compilare in maniera chiara e leggibile.

4 Di non aver usufruito, di non usufruire attualmente e che non usufruirà in futuro di borse di studio o altri finanziamenti pubblici/privati per la frequenza al percorso formativo di cui si richiede il presente voucher;

5 Che, nell'annualità accademica o formativa 2016/2017, intende iscriversi e frequentare (*barrare la casella interessata*):

Master post laurea _____
(denominazione del master)

Corso di alta professionalizzazione organizzato da Università, Accademie, altre Istituzioni pubbliche e private di Alta Formazione _____

(denominazione del corso)

erogato da _____

_____ Nazione: _____

Estremi atto di riconoscimento del soggetto che eroga l'intervento da parte dell'Autorità pubblica competente nello Stato estero:

6 Di essere in possesso del seguente titolo di studio necessario per l'accesso al percorso formativo per il quale si chiede l'agevolazione (*barrare la casella interessata*):

- Laurea Triennale;
- Laurea Specialistica;
- Laurea Magistrale;
- Laurea vecchio ordinamento

in _____

conseguita presso _____

in data ___/___/_____ con il seguente voto finale _____ su 110³ (*se 110 barrare la casella interessata*) con lode senza lode

³ Nell'ipotesi di titolo di titolo accademico conseguito all'estero la votazione deve essere rapportata ai valori espressi dal sistema italiano.

7 che al/alla / sottoscritto /a è stato riconosciuto lo stato di:

invalidità civile con una percentuale pari al _____, con certificato n° _____
rilasciato in data _____ da _____

(specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS);

Portatore di handicap (ai sensi della Legge 05.02.1992, n° 104) con certificato n° _____
rilasciato in data _____ da _____

(specificare: struttura sanitaria - Azienda Sanitaria Locale - INPS)

8 che per il contributo richiesto (barrare secondo il caso):

ha usufruito, tramite la propria dichiarazione dei redditi o tramite dichiarazione presentata da altro soggetto del quale il sottoscritto è fiscalmente a carico, della detrazione d'imposta pari al 19 per cento nella dichiarazione dei redditi 2015, anno d'imposta 2014, ai sensi del comma 1, lett. e), art. 15, del D.P.R. n. 917/1986 (T.U.I.R.).

NON ha usufruito, tramite la propria dichiarazione dei redditi o tramite dichiarazione presentata da altro soggetto del quale il sottoscritto è fiscalmente a carico, della detrazione d'imposta pari al 19 per cento nella dichiarazione dei redditi 2015, anno d'imposta 2014, ai sensi del comma 1, lett. e), art. 15 del D.P.R. n. 917/1986 (T.U.I.R.).

C H I E D E

inoltre che l'eventuale erogazione del voucher venga effettuata:

tramite bonifico bancario

intestato a *(indicare nominativo del richiedente il voucher)* :

_____/_____
(Banca/ Poste Italiane) *(Filiale)*

Codice IBAN (è obbligatorio che l'IBAN sia intestato o cointestato al richiedente il voucher):

Si allega copia fotostatica leggibile del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Luogo e Data

Firma del soggetto richiedente

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196 di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Firma del soggetto richiedente
