DICHIARAZIONE DI VIDIMAZIONE REGISTRO

(resa ai sensi del D.P.R. 28-12-2000 n. 445)

La presente dichiarazione è da compilare solo nel caso il registro sia vidimato da un revisore deiconti. Essa non deve essere inviata al Fondo né devono essere inviate copie dei registri. Taledocumentazione sarà conservata a cura del soggetto presentatore.

Il presente registro è inerente il piano formativo con numero protocollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto iscritto nel registro dei revisori dei conti di cui al Decreto Legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 attesta sotto la propria responsabilità che :

-ilpresenteregistroècompostodan.°paginenumerateprogressivamentedallapag.n.°alla pag.n.°;

- il presente registro è timbrato e firmato con la sigla del sottoscritto in ogni pagina;

-ilpresenteregistroèstatodamevidimatoindataprecedentel'iniziodelleattivitàformativeacuisi riferisce;

- all'atto della vidimazione, i nominativi dei partecipanti sono già stati inscritti all'interno del registro.

Il sottoscritto dichiara di non avere rapporti con il Soggetto titolare del contributo e/o con l’impresa/e beneficiaria/e e/o con Enti e/o imprese ad essi comunque collegate, che possano comprometterne l’indipendenza nello svolgimento dell’attività di vidimazione dei registri con riferimento alle condizioni previsteperisindacieilsoggettoincaricatodelcontrollocontabilenegliarticoli2399delCodicecivile)

Data,

FIRMA……………………………………….. ( Timbro del Revisore)

**Numero Protocollo Piano:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data Stampa Registro:**\_\_/\_\_/\_\_

**N° ProgressivoAttività:**

REGISTRO INDIVIDUALE

|  |
| --- |
| **DATI DEL PIANO** |
| CODICE PIANO |  |
| TIPOLOGIA FORMAZIONE (FAD ecc.) |  |
| DURATA DELL'INTERVENTO |  |

|  |
| --- |
| **DATI DELL'ALLIEVO** |
| NOME |  |
| COGNOME |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| COMUNE DI NASCITA E PR. |  |
| IMPRESA BENEFICIARIA |  |

|  |
| --- |
| **DATI DEL RESPONSABILE CHE CONVALIDA LA COMPILAZIONE DEL REGISTRO** |
| INCARICO(docente, tutor, responsabile corso ....) |  |
| NOME |  |
| COGNOME |  |

**Spazioriservatoallavidimazione:**

Si attesta che questo documento è composto da num. pagine totali:

Firma........................................................................... Timbro .........................................................................

**Numero Protocollo Piano: Data Stampa Registro:**

Pagina 1



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | ATTIVITA' SVOLTAdalle ore - alle ore | TOT. ORE | TITOLO MODULOdi formazione | FIRMA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firma del Responsabile:

**Spazioriservatoallavidimazione**

Data e Timbro: ......................................................................................

Pagina 2