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 dei conti. Essa non deve essere inviata al Fondo né devono essere inviate copie dei registri. Tale documentazione 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:

* il presente registro è composto da n.° pagine numerate progressivamente dalla pag.n.° alla pag.n.°;
* il presente registro è timbrato e firmato con la sigla del sottoscritto in ogni pagina;
* il presente registro è stato da me vidimato in data precedente l'inizio delle attività formative a cui si 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 previste per i sindaci e il soggetto incaricato del controllo contabile negli articoli 2399 del Codice civile)

Data,

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

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 |  |

**Spazio riservato alla vidimazione:**

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

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

Pagina 1



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | ATTIVITA' SVOLTA  dalle ore - alle ore | TOT. ORE | TITOLO MODULO  di formazione | FIRMA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firma del Responsabile:

**Spazio riservato alla vidimazione**

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

Pagina 2