

## **Modulo Di Autocertificazione (a cura degli enti)**

Autocertificazione di possesso dei requisiti richiesti da Regione Lombardia per svolgere attività di individuazione, validazione e certificazione di competenze acquisite in contesti informali e non formali ai sensi della Legge regionale n. 19/2007

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'ente \_\_\_\_\_  
Sito in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
numero telefonico di riferimento \_\_\_\_\_  
ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

### **Autocertifico**

Che l'Ente da me diretto possiede tutte le caratteristiche tecniche e funzionali specifiche per condurre attività di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze acquisite in contesti non formali e informali nella/e seguente/i area/e professionale/i del QRSP \_\_\_\_\_  
come specificato dal Documento tecnico "Individuazione Validazione e Certificazione (IVC) – Il sistema di certificazione delle competenze acquisite in contesti non formali e informali in Regione Lombardia".

Pertanto **dichiaro** che

A) Il responsabile della certificazione presso l'ente è:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
Contatto telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Attestato di fruizione del PerCorso Vali.Co. Inapp conseguito il giorno gg/mm/aaaa

B) La/e sede/i accreditata/e dotata di strumentazioni e laboratori idonei per l'area/e professionale/i indicata/e è/sono:

- Denominazione \_\_\_\_\_ sita in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
per la/e Area/e professionale/i \_\_\_\_\_
- Denominazione \_\_\_\_\_ sita in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
per la/e Area/e professionale/i \_\_\_\_\_
- Denominazione \_\_\_\_\_ sita in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
per la/e Area/e professionale/i \_\_\_\_\_

C) il Servizio di accoglienza risponde ai seguenti contatti

Tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Nelle persone di:

Nome      Cognome: \_\_\_\_\_ nei      seguenti      giorni:  
\_\_\_\_\_, ai seguenti orari: \_\_\_\_\_

Nome      Cognome: \_\_\_\_\_ nei      seguenti      giorni:  
\_\_\_\_\_, ai seguenti orari: \_\_\_\_\_

### MODELLO 3 – MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dichiara altresì che la variazione del responsabile della certificazione, nonché di quanto dichiarato nel presente documento, sarà tempestivamente segnalata alla Regione Lombardia, tramite gli organi preposti.

Luogo Data

---

Firma

---