**ALLEGATO 1.6**

 **DICHIARAZIONE SOTTOSCRIZIONE POLIZZA RESPONSABILITA’ CIVILE**

(su carta intestata del Soggetto Promotore)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Pr. \_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_,

nella sua qualità di legale rappresentante del **Soggetto Promotore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per le attività previste dall’*Avviso per il finanziamento di tirocini extra-curriculari a favore di Disoccupati e Inoccupati di Lunga Durata residenti nella Città metropolitana di Napoli, in attuazione del Protocollo d’intesa del 20 maggio 2024 tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Città Metropolitana di Napoli ed il Comune di Napoli* CUP: ………….., pubblicato da Sviluppo Lavoro Italia S.p.A., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 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. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la mia responsabilità

**DICHIARA**

di aver sottoscritto la sotto riportata polizza assicurativa contro i rischi di responsabilità civile verso terzi:

|  |  |
| --- | --- |
| **Compagnia** |  |
| **Numero polizza** |  |
| **Periodo** | Dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Data ultimo pagamento quietanzato** |  |

per il tirocinante sotto riportato:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** |
|  |  |
| **Codice fiscale** | **Data inizio tirocinio** | **Data termine tirocinio** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma (non autenticata) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Luogo e data | (allegato documento di identità in corso di validità) |

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo