



**AVVISO PUBBLICO PER IL FINANZIAMENTO DI PATTI TERRITORIALI PER LE COMPETENZE  
E PER L'OCCUPAZIONE. SECONDA FASE – FORMAZIONE CONTINUA DEI LAVORATORI**

**AMBITO DI INTERVENTO 2**

**FORMAZIONE CONTINUA – SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO  
D.D.G. 5173 del 28/03/2024 e ss.mm.ii.**

**COMUNICAZIONE DEL DATO SULLA TITOLARITÀ EFFETTIVA PER ENTI PUBBLICI  
EX ART. 69 PAR. 2 REG. (UE) 2021/1060**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a..... prov (.....), il .....  
Cod. Fiscale .....  
residente a .....prov. (.....) in via/piazza ..... CAP.....  
in qualità di .....  
dell'Ente .....  
Sede legale: via .....  
CAP ..... Comune ..... prov. (.....)  
Cod. fiscale .....

**COMUNICA che al \_\_/\_\_/\_\_<sup>1</sup>**

Il/i titolare/i effettivo/i dell'Ente è/sono da individuarsi in:  
*(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo)*  
Cognome..... Nome .....  
nato/a a..... prov (.....), il .....  
Cod. Fiscale .....  
residente a .....prov. (.....) in via .....

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indicare il/i nominativo/i del/dei titolare effettivo/i alla data di selezione del progetto.

***Allegato 3 al decreto di aggiornamento dell'Avviso***

Allegato A.22.b

CAP.....

Con riferimento ai titolari effettivi sopra indicati, si allega alla presente:

- ☐ copia della documentazione da cui è possibile evincere la/le titolarità effettiva/e;
- ☐ copia dei documenti di identità e dei codici fiscali del/i titolare/i effettivo/i.

[Si allega, altresì, copia della carta d'identità e del codice fiscale del dichiarante]<sup>2</sup>

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato

(documento firmato digitalmente)

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Applicabile nel caso in cui la comunicazione non sia sottoscritta digitalmente.