**ADESIONE DELLO STUDIO PROFESSIONALE/AZIENDA ALLA RETE**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale Impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità riporta quanto segue.

**Considerato che**

* lo Studio professionale/Azienda ha n …… dipendenti soggetti al versamento dello 0,30% del monte salari;
* lo Studio professionale/Azienda è aderente a Fondoprofessioni da ………….;
* lo Studio professionale/Azienda intende delegare, nell’ambito degli Avvisi destinati alle Reti, al Titolare di Rete ……, accreditato presso Fondoprofessioni, il ruolo di:
* Rappresentazione del proprio fabbisogno formativo;
* Individuazione delle priorità di intervento formativo;
* Presentazione delle domande di finanziamento al Fondo, per il tramite di Enti attuatori accreditati presso Fondoprofessioni;
* lo Studio professionale/Azienda parteciperà, su bisogno, alle attività formative promosse dal Titolare di Rete, nell’ambito degli Avvisi esclusivamente dedicati alle “Reti”;
* sono a conoscenza che l’accesso alla formazione finanziata, nell’ambito degli Avvisi (Conto collettivo/di sistema), segue una logica mutualistica/solidaristica;

**Si impegna**

* a rimanere aderente a Fondoprofessioni per almeno 12 mesi dalla data della presente e comunque almeno fino alla chiusura della verifica rendicontativa dei piani formativi ai quali prenderà parte a valere sugli Avvisi dedicati alle Reti;
* a non partecipare ad altre tipologie di Avvisi di Fondoprofessioni, fatto salvo gli Avvisi a catalogo, e a non attivare il proprio conto formativo individuale A.F.A.;

**Richiede**

che lo Studio/Azienda aderisca alla Rete il cui Titolare, accreditato presso Fondoprofessioni, è …………….;

Si autorizza Fondoprofessioni al trattamento dei dati, secondo quanto previsto dal Regolamento UE n. 679/2016.

Data, …/…/…

Il Legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allegare alla presente:*

*- copia del documento d’identità del rappresentante legale*