

DICHARA

1. che il voucher formativo è utilizzato esclusivamente per la frequenza del Master *post-lauream* denominato (1) _____

proposto da (2) _____

con sede di svolgimento in (3) _____ (_____)

della durata complessiva di _____ ore;

2. che il proprio valore ISEE certificato rientra nella fascia:

- da € 0,00 ad € 10.000,00;
 da € 10.000,01 ad € 20.000,00;
 da € 20.000,01 ad € 30.000,00;

3. di **non aver già ricevuto**, a qualunque titolo, borse di studio *post lauream* erogate della Regione Puglia a valere sulle misure 3.7 e 3.12 del POR Puglia 2000-2006 e di non essere stato/a già assegnatario/a di borse di studio a vario titolo a valere sull'Asse IV - Capitale Umano del PO Puglia 2007-2013, o sugli Avvisi pubblici n.3/FSE/2017 e 3/FSE/2018 "PASS LAUREATI" finanziati con risorse del P.O.R. PUGLIA FSE-FESR 2014-2020;

4. di **non aver usufruito di altri finanziamenti** pubblici e/o privati a copertura totale del costo del Master, concessi da chiunque e a qualunque titolo, per la partecipazione al medesimo percorso formativo per il quale è stato assegnato il contributo;

5. di **non aver usufruito di altri finanziamenti** pubblici e/o privati a copertura parziale del costo del Master, concessi da chiunque e a qualunque titolo, per la partecipazione al medesimo percorso formativo per il quale è stato assegnato il contributo;

oppure

6. di **aver usufruito di altri finanziamenti** pubblici e/o privati a copertura parziale del costo del Master, concessi da chiunque e a qualunque titolo, dell'importo di € _____ che, sommati al contributo assegnato in esito al presente avviso, non eccedano il costo complessivo di € _____ previsto per la partecipazione al medesimo percorso formativo.

Allega la seguente documentazione:

- 1) copia fronte/retro di documento di identità in corso di validità;
- 2) certificato di iscrizione al percorso formativo o attestazione di avvenuto pagamento rata di iscrizione;
- 3) originale della polizza fidejussoria a garanzia dell'importo richiesto, con autentica e attestazione dei poteri di firma.

Luogo e data _____

Firma autografa del dichiarante
