**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445)**

**CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER “TECNICO DELLA VALORIZZAZIONE E PROMOZIONE DEI BENI E DELLE ATTIVITA’ CULTURALI”**

\_l/\_ sottoscritt\_ COGNOME: NOME:

nat\_ a ( ) il e residente a

 ( ) in CAP

tel. cell. e-mail

Sesso: M □ F □ Età Cittadinanza

Codice Fiscale:

consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75, D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

**DICHIARA**

* di essere in possesso della cittadinanza italiana
* di essere residente in Regione Campania
* di essere disoccupato o inoccupato e di essere inserito nell’anagrafe del lavoro c/o il Centro per l’Impiego di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non aver frequentato negli ultimi 12 mesi, un corso finanziato dal F.S.E., conseguendo una qualifica professionale
* di aver compiuto i 18 anni di età alla data di pubblicazione del bando e non aver superato il 34esimo anno di età al momento della presentazione della domanda
* di essere in possesso del seguente diploma di Scuola Media Superiore

conseguito presso

sito in ( )

alla via voto /

* di essere in possesso di laurea triennale in:

conseguita presso

sito in ( )

alla via voto /

* di essere in possesso di una certificata conoscenza dell’informatica:

□ ECDL,

□ EIPass;

□ Microsoft IC3

* di essere in possesso di una certificata conoscenza della lingua inglese (attestazioni riconosciute a livello internazionale, quali ad es.: Trinity College, British Council, PET, TOEFL)
* di essere in possesso di Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASL di

sita in ( )

alla via

* di necessitare di ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere le prove selettive in relazione al proprio handicap, di cui allega certificato medico

*N.B. Barrare le caselle di interesse*

*Si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

 IL DICHIARANTE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Luogo e Data** **Firma**