|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo della Regione Siciliana |  | logo_ministerologo_ministerologo_ministerologo_ministero | Mostra immagine a dimensione interaMostra immagine a dimensione interaMostra immagine a dimensione intera |  |



**AVVISO 20/2011 annualità 2013/2014 – PROGETTO FUTURIAMO INSIEME**

CIP: 2007.IT.051.PO.003/II/D/F/9.2.1/0414 - CUP: G76G13001840003

ENTE: PEGASO SOC. COOP. SOCIALE

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 - TU approvato con DPR n. 445 del 28.12.2000)

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a: |
| Nato/a a: | Data di nascita:  |
| Età: |
| Codice fiscale: |  |
| Residente a: | Provincia |
| Indirizzo: | C.A.P. |
| Recapiti telefonici: |
| E – mail: |
| Chiede di essere ammesso/a al progettoFUTURIAMO INSIEME – AMBITO FAS  |
| Corso di formazione professionale (segnare con una sola crocetta il corso prescelto)***□Operatore/trice per l’infanzia (sede: Partinico - PA)******□Operatore/trice socio assistenziale (sede: Partinico - PA)*** |
| Sede dei corsi:PARTINICO (PA) |

approvato dalla Regione Siciliana Assessorato Regionale dell’Istruzione e della Formazione Professionale con DDG n. 5472 del 25/11/2013 pubblicato sito Istituzionale del dipartimento giorno 16/12/2013

*Consapevole delle responsabilità civili e penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni che i dati riportati nella presente domanda sono veritieri e rispondono alla situazione di fatto e di diritto esistenti alla data della presente:*

**DICHIARA**

*Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n.445*

- di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte il bando per la selezione, nonchè di obbligarsi all’osservanza di tutte le disposizioni in esso previste

- di **possedere i requisiti di cui al sopra citato bando di selezione**

**INOLTRE DICHIARA**

*Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n°445*

(barrare le caselle di interesse)

* di non avere un impiego regolarmente retribuito da almeno sei mesi;
* di non possedere un diploma di scuola media superiore o professionale (ISCED 3);
* di essere un lavoratore occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25 % la disparità media uomo-donna in tutti i settori economici dello Stato membro interessato se il lavoratore interessato appartiene al genere sottorappresentato;
* di essere membro di una minoranza nazionale all'interno di uno Stato membro che ha necessità di consolidare le proprie esperienze in termini di conoscenze linguistiche di formazione professionale o di lavoro, per migliorare le prospettive di accesso ad un'occupazione stabile;
* di essere lavoratore senza lavoro da almeno 24 mesi;
* di essere riconosciuto disabile ai sensi dell'ordinamento nazionale;
* di essere caratterizzato da impedimenti accertati che dipendono da un handicap fisico, mentale o psichico.

**INOLTRE DICHIARA**

*Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n°445*

(barrare le caselle di interesse)

🞎di **essere in possesso del seguente titolo di studio** (*indicare se licenza media, diploma, laurea*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso (*indicare istituto scolastico/facoltà*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎di **essere residente nella Regione Sicilia**

🞎di **non essere in possesso di altre attestazioni** di qualifica professionale

#### *oppure*

🞎di **essere in possesso delle seguenti attestazioni** di qualifica professionale (*indicare la/le qualifica/che ottenuta/e, ente che ha rilasciato la/e qualifica/che, anno del rilascio*)

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

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

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

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere a conoscenza che l'accettazione della presente domanda è subordinata all'effettuazione dell’intervento e che, in caso di sovrannumero delle domande rispetto al numero di partecipanti previsti, la stessa è oggetto di selezione.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere disponibile a fornire ogni eventuale ulteriore documentazione richiesta dall’Ente al fine di verificare il possesso dei requisiti.

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente.

**Si allegano:**

**1. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità**

**2. modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali**

**3. certificazione attestante il possesso di uno delle condizioni sopra indicate (ad esempio: attestazione medica della disabilità, certificato rilasciato dal competente Centro per l’Impiego attestante lo stato di disoccupazione o l’inoccupazione,…)**

*Sono consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione e della decadenza da eventuali benefici ottenuti, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da compilare solo per l’iscrizione di allievi/e minorenni**

Dati che riguardano l’esercente la patria potestá dei genitori (padre, madre, tutore o legale rappresentante):

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Codice Fiscale |
| Luogo e data di nascita |
| Residente in Via | n. |
| Comune | Prov. |
| Telefono | Cell.  |
| E-mail |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Luogo*) (Data)

Firma dell’esercente la patria potestà

 (solo in caso di minorenne)

----------------------------------------------

(**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’ DELL’ESERCENTE LA PATRIA POTESTA’ DEL CANDIDATO**)