



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ A CURA DEL TIROCINANTE

\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_

in riferimento al Bando Pubblico per l'attivazione di Tirocini Formativi e di Orientamento ai sensi della Legge n. 68/99, sotto la propria responsabilità, consapevole ed edotto delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti e del dovere di revoca da parte dell'amministrazione di ogni beneficio ottenuto;

### DICHIARA

- di essere residente nel territorio della Provincia del Medio Campidano;
- di essere disabile iscritto nell'elenco legge 68/99 della Provincia del Medio Campidano;
- di essere disabile iscritto nell'ultima graduatoria utile pubblicata dalla Provincia del Medio Campidano;
- di avere disabilità compatibile alle mansioni da svolgere;
- di possedere il titolo di studio di \_\_\_\_\_ ;
- di non avere un legame di parentela, entro il terzo grado, con il Legale Rappresentante, con i Soci o con gli Amministratori del medesimo Soggetto Ospitante;
- di non aver già instaurato in passato un rapporto di lavoro e/o di tirocinio con il medesimo Soggetto Ospitante.
- Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicati nell'informativa fornita nell'invito a manifestare interesse.

Si allega fotocopia non autenticata del proprio documento di identità

Lì, \_\_\_\_\_

Firma del Tirocinante

*Assessorato alle Politiche e Servizi per il Lavoro*

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ A CURA DEL TIROCINANTE

TIPO DOCUMENTO : *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 18.04.2011*

APPROVATO CON: -

AREA: *Lavoro*

DIRIGENTE: *Dr. Mariano Cabua*

SETTORE: *Lavoro*

RESPONSABILE *Dott.ssa Lorena Cordeddu*

SERVIZIO: *provinciale inserimento mirato disabili*

SEDE: *via Carlo Felice, 201 - 09025 Sanluri (VS)*

TEL.: *070 9356200*

FAX.: *070 9371089*

REDATTO DA: *Monica Furchas*

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *disabili@provincia.mediocampidano.it*