



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ / CERTIFICAZIONE

CATALOGO FORMATIVO “FILA” – PIANO DI FORMAZIONE/LAVORO ex percettori di ammortizzatori sociali ora privi di sostegno al reddito (d.g.r. 420/2016 e d.g.r. 253/17) - Avviso Pubblico approvato con D.D. 894 del 20/11/2017

| | |
|------------------------------------|--------------------|
| Il sottoscritto | |
| Nato a | Il |
| Indirizzo di residenza o domicilio | |
| Codice Fiscale | |
| Telefono Fisso | Telefono Cellulare |
| E-Mail | PEC |

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA DI

- Essere Residente o domiciliato in Regione Campania;
- Essere ex percettore di ammortizzatori sociali dal 01/01/2014 e sino alla data di adesione alle azioni di cui al progetto “Catalogo Formativo FILA”, ora privo di sostegno al reddito;
- Essere iscritto al competente Centro per l'Impiego;
- Non beneficiare di altre misure di politica attiva alla data di adesione al progetto “Catalogo Formativo FILA” e che non ha beneficiato di analoghe misure su altri programmi.

DICHIARA INOLTRE DI

- Accettare la partecipazione al corso di formazione sotto riportato.

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Id Istanza | 1748 |
| CUP | B64J18000350006 |
| Titolo del percorso formativo | Operatore del punto vendita |

Luogo e data

Firma

¹ Allega: copia leggibile di valido documento di riconoscimento alla data di sottoscrizione, ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000 (documenti ammissibili: Carta di Identità / Passaporto / Patente / Patente MTCT / Permesso di soggiorno).

La Regione Campania si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1 DPR 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il dichiarante **sarà denunciato all'Autorità giudiziaria.**