**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 ADDETTO ALLE ATTIVITÀ COMMERCIALI DI BANCA”**

**Centro Sperimentale di Sviluppo delle Competenze nel Settore Finanziario e Assicurativo”**

**gara n. 480819-CIG 04134841CA- approvato con decreto dirigenziale n. 13 del 10 Febbraio 2012**

\_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 da almeno 6 mesi in Regione Campania
* di essere disoccupato/inoccupato
* di non aver conseguito nei 12 mesi antecedenti alla data di pubblicazione del bando alcun attestato di qualifica professionale in esito alla partecipazione di un percorso formativo
* di essere in possesso di Valido Passaporto ovvero Permesso di Soggiorno (per i cittadini degli altri Stati Membri dell’Unione Europea e i cittadini italiani non appartenenti alla Repubblica)
* di avere un’età non superiore ai 29 anni (non compiuti alla data di pubblicazione del Bando di selezione per l’ammissione alla frequenza di ciascuna delle tre edizioni previste dal corso)
* 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

*N.B. Barrare le caselle di interesse*

*Si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

IL DICHIARANTE

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

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