



Al Comune di Troina

OGGETTO: Progetto Trinacria – Domanda di partecipazione al Corso di Formazione “First Responder”
(da presentare all’Ufficio Protocollo entro le ore 13.00 del giorno 19 ottobre).

Il/La sottoscritto/a (Nome).....
(Cognome)..... nato/a
Prov. di Il.....
Residente in Via/Piazzan.....
Città..... Prov..... Cap.....
Telefono..... mail.....
Indirizzo a cui inoltrare eventuali comunicazioni (indicare solo se diverso dalla residenza):
Presso.....Via/Piazzan.....
Città..... Prov..... Cap.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al corso di Formazione “**First Responder**” in oggetto, relativo al Progetto Trinacria.

A tal fine, ai sensi dell’art.46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall’art.76 dello stesso

DICHIARA

Che i dati anagrafici e le dichiarazioni relative ai propri titoli ed esperienze maturate contenute nella presente domanda di partecipazione corrispondono al vero;

- di essere residente nel comune di Troina
oppure
- di non essere residente ma di esercitare la propria attività lavorativa nel Comune di Troina
- di possedere il seguente titolo di studio nel settore sanitario
.....
- di essere in possesso dell’attestato di formazione nel settore sanitario (OSA,OSS etc)
.....
- di appartenere al mondo della scuola (specificare il ruolo: docente, personale ATA, etc)
.....
- di appartenere alle Forze dell’Ordine (Polizia Municipale, Carabinieri, etc)
.....
- di consentire al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità della presente procedura, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del precedente d.lgs. 196/03

Lì.....

Firma Leggibile

.....

Allegati:

- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento