

DICHIARAZIONE

1 sottoscritto/a _____ nato a _____

prov. _____ il _____ / _____ / _____, operatore presso la Struttura **residenziale per Donne in difficoltà anche con figli minori**

denominata _____

sita in _____

Dichiara

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Educatore Professionale

Operatore con formazione nell'area materno-infantile

conseguito il _____ presso _____

Città _____ Prov. _____ indirizzo: _____

La presente dichiarazione è resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i

Il sottoscritto/a è consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione e/ o di false attestazioni nella documentazione allegata , verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste.

Il sottoscritto/a autorizza Roma Capitale al trattamento dei dati secondo quanto previsto dall'art. 13 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation), avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali facente parte della documentazione dell'avviso pubblico.

Data _____ / _____ / _____

in fede

si allega copia del documento di identità (se non già presente in altra parte della documentazione trasmessa)

