



Comune di Santo Stefano Quisquina



Al Comune di _____

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

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 _____

oppure

di non essere residente ma di esercitare la propria attività lavorativa nel Comune di _____

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
-
-
-