



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	1800
CUP	B64J18000440006
Titolo del percorso formativo	OPERATORE ALLE CASSE

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.**