

Mittente _____

REGIONE SICILIANA

Assessorato dell' Istruzione e della Formazione
Professionale
Dipartimento Regionale della Formazione
Professionale
Servizio VI -Sistema di Accreditamento e delle
competenze della Formazione Professionale
Viale Regione Siciliana, 33
90129 PALERMO

Email: dipartimento.formazioneprofessionale@certmail.regione.sicilia.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____ a _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____ E-Mail _____

chiede di essere iscritto/a nell' Elenco Regionale degli Operatori della Formazione Professionale ai sensi del secondo periodo del comma 2 **dell'art. 5 della L.R. n. 10/2018** per l'area funzionale profilo **(la scelta per l'area funzionale e il profilo è univoca)**

*Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., **sotto la propria personale responsabilità***

DICHIARA

- di essere in possesso del titolo di studio _____
conseguito il ____/____/____ presso _____
- di essere immune da condanne penali;
- di non avere carichi penali pendenti; ovvero _____
- di godere dei diritti civili e politici;
- di avere avuto esperienza lavorativa,specificando il periodo del servizio espletato presso l'ente:

Allega:

- **fotocopia del documento di identità in corso di validità;**
- **fotocopia del codice fiscale;**
- **documenti comprovanti la qualifica dichiarata e per gli istruttori pratici documentazione comprovante l'esperienza professionale svolta per almeno 5 anni;**

D A T A

F I R M A