

**Al Comune di USTICA**

**OGGETTO: Progetto Trinacria – Domanda di partecipazione al Corso di Formazione “First Responder”**

(da presentare all’Ufficio Protocollo entro le ore 13.00 del giorno 30/09//2017)

Il/La sottoscritto/a (Nome)………………………………………………………………………………………………………………

(Cognome)………………………………..………………………………….... nato/a …………………………………………………..

Prov. di ……………………………………………………………..…. Il………………………………………………………………………

Residente in Via/Piazza ……………………………………………………………………………………………………………n…….

Città……………………………………………………….. Prov…………………………..…………………….. Cap…………………….

Telefono…………………………….………………… mail………………………………………………………………………………….

Indirizzo a cui inoltrare eventuali comunicazioni (indicare solo se diverso dalla residenza):

Presso……………………………………………………………Via/Piazza ……………………………………….………………n…….

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 D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i.

Lì………………………… Firma Leggibile

……………………………………………………………

**Allegati:**

* Fotocopia di un valido documento di riconoscimento
* …………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………