

ALL. 1

“DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’ELENCO DEI CANDIDATI AMMESSI A COLLABORARE CON L’AGENZIA PER L’ANNO FORMATIVO 2019/2020” - AREA FUNZIONALE 3- FORMATORE/TUTOR

Spett.le
**AGENZIA PER LA FORMAZIONE
L’ORIENTAMENTO E IL LAVORO
DELLA PROVINCIA DI COMO -
AFOL Como**
via Bellinzona 88- 22100 Como

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO DI NOTORIETA’

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ Il _____
CODICE FISCALE _____
residente a _____
in via _____ n. _____
Titolo di studio _____
conseguito il _____ presso _____
Telefono _____ Cellulare _____
e_mail: _____
P.IVA _____ Agevolazione Fiscale _____

CHIEDE

con la presente di poter partecipare alla Avviso pubblico per la *“Raccolta delle manifestazioni di interesse a collaborare con l’Agenzia finalizzato alla costituzione dell’Elenco dei candidati ammessi a collaborare con l’Agenzia per l’Anno Formativo 2019/2020- Area Funzionale 3- Formatore/Tutor”*

e

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, sotto la **propria personale responsabilità**

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- ovvero di essere cittadino/a di uno Stato appartenente all'Unione Europea e di possedere i seguenti requisiti:
 1. godimento dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza
 2. essere in possesso, fatta eccezione per la titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica Italiana
 3. avere adeguata conoscenza scritta e parlata della lingua italiana
- di essere immune da condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso per reati contro l'Amministrazione Pubblica
- di ritenersi in possesso dell'idoneità fisica all'impiego in relazione alle mansioni proprie della figura professionale per la quale si candida
- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso un'Amministrazione Pubblica per persistente insufficiente rendimento ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego pubblico per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile
- di non avere in corso/attivato alcun procedimento civile o penale in causa nei confronti di AFOL Como o della Provincia di Como
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto a AFOL Como le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella presente domanda, esonerando l'Agenzia da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli utili per l'inserimento *nell'Elenco dei candidati ammessi a collaborare con l'Agenzia per l'Anno Formativo 2019/2020*:

***Titolo di studio** (Anno di conseguimento; Istituto presso cui è stato conseguito; qualifica/titolo conseguito)

.....
.....

***Mesi di esperienza specifica nell'attività di tutoring o orientamento o counseling**.....

(* CAMPI OBBLIGATORI= la mancata compilazione sarà causa di esclusione come previsto dall'Avviso)

Eventuali altri elementi prodotti a dimostrazione delle proprie conoscenze/competenze professionali:

.....
.....
.....
.....

ALLEGATI

Il/la sottoscritto/a **allega** i sotto elencati documenti, parte integrante della Domanda di partecipazione:

1. Fotocopia (fronte/retro) del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale
2. Curriculum vitae in formato Europass con foto, datato e firmato
3. Fotocopia attestato/documento titolo di studio
4. Altro (precisare)....

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679, si informa che l'autorizzazione al trattamento dei dati richiesti è obbligatoria ai fini dell'ammissione all'Elenco. I dati forniti saranno utilizzati per gli adempimenti connessi allo svolgimento della procedura di valutazione e all'eventuale successiva gestione del rapporto di collaborazione. L'Elenco sarà pubblicato sul sito dell'Agenzia oltre che disponibile per pubblica consultazione agli atti dell'Agenzia. Quanto dichiarato dai candidati nelle loro domande sarà raccolto, archiviato, registrato ed elaborato tramite supporti informatici, comunicato al personale dell'Agenzia coinvolto nel procedimento selettivo e gestionale della eventuale collaborazione, ai membri della Commissione di valutazione, all'Amministratore Unico, al Revisore dei Conti nonché ai componenti dell'Organismo di Vigilanza per un periodo minimo di 10 anni.

Titolare e Responsabile del trattamento è l'Agenzia per la Formazione, l'Orientamento e il Lavoro della Provincia di Como - Centro di Formazione Professionale nella persona della Direttrice dottoressa Antonella Colombo, da intendersi come rappresentante designato ai sensi dell'art. 24 del Regolamento UE 2016/679.

Data

Firma

D.P.R. 445/2000

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 nella forma vigente e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mandati dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità, dichiaro che le informazioni e i dati inseriti sono veritieri

Data

Firma

D.Lgs 39/2014 "ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento dei minori e la pornografia minorile

Dichiaro di non avere a mio carico condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis (prostituzione minorile), 600-ter (pornografia minorile), 600-quater (detenzione di materiale pornografico), 600-quinquies e 609-undecies del Codice Penale (pornografia virtuale ed adescamento di minori su web).

Data

Firma

Luogo e Data

Firma