



PROVINCIA DI CAGLIARI – PROVINCIA DE CASTEDDU

Assessorato Politiche del Lavoro

SETTORE LAVORO

AUTOCERTIFICAZIONE DEL TIROCINANTE

Il/La sottoscritt _____
nat__ a _____ il _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____ Prov. (____)
in Via/Piazza _____ N. _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____

in riferimento al **Bando Pubblico per l'attivazione di Tirocini Formativi e di Orientamento ai sensi Legge n. 68/99 destinati ad aziende private operanti nella Provincia di Cagliari**

DICHIARA

(Ai sensi e per gli effetti degli artt . 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia)

- di essere residente nel territorio della Provincia di Cagliari;
- di essere disabile iscritto nell'elenco legge 68/99 della Provincia di Cagliari;
- di essere disabile iscritto nella graduatoria pubblicata dalla Provincia di Cagliari in data 31/12/2009;
- di avere disabilità compatibile alle mansioni da svolgere;
- di possedere il titolo di studio di _____ ;
- di non avere un legame di parentela, entro il terzo grado, con il Legale Rappresentante, con i Soci o con gli Amministratori del medesimo Soggetto Ospitante;
- di non aver già instaurato in passato un rapporto di lavoro e/o di tirocinio con il medesimo Soggetto Ospitante.

Allega:

- fotocopia del documento d'identità valido (Carta d'identità, Passaporto, Patente rilasciata dalla Prefettura);

Luogo _____

Data _____

Firma del Tirocinante

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicati nell'informativa fornita nell'invito a manifestare interesse.

Luogo _____

Data _____

Firma del Tirocinante
