



REGIONE
LAZIO



CITTÀ DI
LADISPOLI
Città Metropolitana di Roma



Progetto realizzato con il contributo della

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministro per le disabilità



ALLEGATO 1

DOMANDA DI AMMISSIONE

Nome _____ Cognome _____

Nata/o a _____ Provincia _____ il _____

Codice Fiscale _____

4

CHIEDE DI PARTECIPARE ALLE SELEZIONI DEL CORSO IN OGGETTO

E a tal proposito **DICHIARA:**

(In base alle norme sull'autocertificazione, la semplificazione e lo snellimento delle certificazioni amministrative (Leggi 15/68, 127/97, 191/98 e DPR 403/98) consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, informato/a di quanto previsto dall'Art.26 della Legge n. 15/68 *"le dichiarazioni mendaci la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi penali in materia"* ed informato di quanto previsto dall'Art. 11 – 1° comma del DPR 403/98 *"le amministrazioni procedenti sono tenute a procedere ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive"* dichiaro che quanto sotto esposto è vero.

Data _____

Firma _____

- Di essere cittadino italiano o di uno degli Stati Membri dell'UE;
- Di essere iscritto alle liste elettorali dello Stato di appartenenza;
- Di essere in regime di godimento dei diritti politici nello Stato di appartenenza;
- Di non essere stato decaduto da un impiego statale;
- Di non aver riportato condanne penali e di non essere sottoposto a misure cautelari,
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____;
- Di aver preso visione dell'avviso, di essere a conoscenza e di accettare tutte le prescrizioni e condizioni previste dal medesimo;

RECAPITI



**REGIONE
LAZIO**



**CITTÀ DI
LADISPOLI**
Città Metropolitana di Roma



Progetto realizzato con il contributo della

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministro per le disabilità



Via _____ Città _____
Provincia _____ Cap _____ Cellulare _____
E-mail _____

5

Documentazione da allegare

- Documento d'identità e codice fiscale;
- Curriculum vitae;
- Autocertificazione del titolo di studio;
- Per i soggetti disabili: Il certificato di invalidità;
- Altri titoli/attestazioni/brevetti.

La/il sottoscritta/o _____ autorizza l'ente
al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 2018/101 solo per fini istituzionali
e consentiti dalla legge.

Data _____

Firma _____