

MODELLO 2
Atto di impegno alla formazione.

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

IL/LA sottoscritto/a _____ nato/a a

prov. _____ il _____/_____/_____, responsabile della struttura

residenziale per Persone con Disabilità

semiresidenziale per Persone con Disabilità

(barrare la voce che interessa)

denominata _____

sita in _____

si impegna

a seguire un programma di formazione di almeno 30 ore all'anno su temi afferenti all'area di utenza specifica delle Persone con Disabilità:

Periodo (indicativo)			Tematiche dell'aggiornamento	Ente o docente formatore.
Dal	Al	monte ore		

La presente dichiarazione è resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto/a è consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste.

Il sottoscritto/a autorizza Comune di Aprilia al trattamento dei dati secondo quanto previsto dall'art. 13 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation), avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali facente parte della documentazione dell'avviso pubblico.

Data ____/____/____

In fede

si allega copia del documento di identità (se non già presente in altra parte della documentazione trasmessa)