

Allegato Esperienza percorsi formativi finanziati Avvisi pubblici Regione Puglia

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. _____ il __/__/__, residente a _____ prov. _____ via _____ telefono _____, nella qualità di legale rappresentante dell'ente _____

ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell'art. 76 del DPR cit.,

D I C H I A R A

che l'ente suindicato, in riferimento all'esperienza nel campo dei percorsi formativi per il sociale di cui al paragrafo 5. *Requisiti dei soggetti ammessi a partecipare dell'Avviso pubblico n. 1/FSE/2018 "Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)"*, con **specifico riferimento** alle sole attività svolte a **valere di contributi pubblici erogati dalla Regione Puglia**, dichiarate nell'*Allegato 6* all'istanza presentata ai fini dell'Avviso pubblico n. 1/FSE72018 sopra citato e in eventuali successive integrazioni, ha realizzato le attività stesse nell'ambito degli dei progetti come riportato nel prospetto seguente:

TABELLA ESPERIENZA PREGRESSA ATTIVITÀ A VALERE DI FINANZIAMENTI REGIONE PUGLIA

<i>TITOLO DEL CORSO</i>	<i>Denominazione Avviso Pubblico</i>	<i>Codice MIR</i>	<i>DATA DI INIZIO DEL CORSO (GG/MM/AAAA)</i>	<i>DATA DI CONCLUSIONE DEL CORSO (GG/MM/AAAA)</i>	<i>DURATA COMPLESSIVA DEL CORSO ESPRESSA IN ORE (aula, laboratori, stage, project work, FAD)</i>
.....

(luogo e data)

(firma digitale del legale rappresentante)

N.B. La dichiarazione deve essere resa e firmata digitalmente dal soggetto proponente e da ogni soggetto del costituito o costituendo RTS.