

**Allegato 5 bis**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
[Soggetto partecipante]  
(ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto ..... nato a ..... il ..... residente a ..... in Via ..... n. .... CAP ....., comune ....., provincia ....., codice fiscale ..... pec....., e-mail..... cell.....,  
ai fini della partecipazione all' **"RIAPERTURA TERMINI dell'Avviso n.4/FSE/2020 "RIQUALIFICAZIONE OSS" Avviso per erogazione delle Misure Compensative di cui all'art 3 Regolamento Regionale n 17 del 3 dicembre 2018**, ed ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali, ai sensi dell'art. 76 del richiamato D.P.R. 445/00, avendo già espresso la propria disponibilità ad aderire all'offerta formativa **nella provincia di .....**

**DICHIARA**

- di voler partecipare al percorso formativo ammesso al Catalogo delle Misure Compensative proposto dal soggetto attuatore: ..... Sede di..... **(Prima preferenza)**
- di voler partecipare al percorso formativo ammesso al Catalogo delle Misure Compensative proposto dal soggetto attuatore: ..... Sede di..... **(Seconda preferenza)**
- di voler partecipare al percorso formativo ammesso al Catalogo delle Misure Compensative proposto dal soggetto attuatore: ..... Sede di..... **(Terza preferenza)**

Data .....

firma .....