

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

- a) li/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. ____ il ____/____/____, residente a _____ prov. ____ via _____ telefono _____, nella qualità di legale rappresentante dell'ente _____ in possesso di accreditamento di cui al provvedimento _____

Oppure

- b) li/la sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. ____ il ____/____/____, residente a _____ prov. ____ via _____ telefono _____, nella qualità di legale rappresentante dell'ente _____ in possesso di accreditamento di cui al provvedimento _____

in qualità di capofila del RTS composto da

1.

2.

3.

ai sensi del l'a rt. 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.,

DICHIARA

- a) che l'ente suindicato ha maturato due anni di esperienza, anche non continuativi, nel campo dei percorsi formativi per settore socio-sanitario (art. 3, Regolamento Regionale n. 28/2007 e ss.mm.ii.);
- b) che l'ente suindicato ha erogato attività finalizzate alla formazione di figure nel settore socio – sanitario a cui durata complessiva non è stata inferiore ad 800 ore in un biennio, come risulta dal prospetto sotto riportato

TABELLA ESPERIENZA PREGRESSA

TITOLO DEL CORSO	ENTE Pubblico TIOLARE DEL CORSO (Regione, Provincia, Università, ecc)	Estremi atto di autorizzazione	DATA DI INIZIO(GG/MM/AAAA)	DATA DI CONCLUSIONE DEL CORSO (GG/MM/AAAA)	DURATA COMPLESSIVA DEL CORSO IN ORE	Ruolo nel progetto ¹

(luogo e data)

(firma digitale del Legale rappresentante)

¹ Specificare se capofila/componente RTS – ruolo svolto – nel caso di erogazione formazione specificare il numero di ore, ecc.