

✂

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Il Sottoscritto nato a
il Codice Fiscale.....
residente a C.A.P.
via n.
cell. email
titolo di studio.....

CHIEDE
DI ESSERE INFORMATO SULLE DATE E LE MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL CORSO

DICHIARA

mediante autocertificazione, ai sensi dell D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 47, sotto la propria personale responsabilità, di conoscere ed accettare integralmente le norme e le condizioni previste dal bando e di essere in possesso dei seguenti requisiti :

⇒ **stato occupazionale in qualità di:**

- Titolare**
- Coadiuvante**
- Dipendente**
- Partecipe familiare**

<i>Ragione Sociale azienda:</i>	<i>Cod. ATECO</i>	
Indirizzo	Comune	Cap
P. IVA _____	C.F. del titolare _____	
Tel. _____	E-Mail _____	

Data

Firma del dichiarante
