

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Autodichiarazione destinatario cause interruzione percorso formativo

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Tel _____ e-mail _____

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci;
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00;
- sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere stato/a destinatario/a del percorso formativo GOL denominato _____ (indicare il nome del percorso) COD ID _____ CUP _____ svolto presso _____ (indicare l'ente formativo e la sede Formativa).

Dichiara che, a causa di uno dei seguenti motivi di giustificazione, il percorso formativo è stato **interrotto**

- Maternità
- Infortunio
- Malattia di lunga durata (superiore a 30 giorni)
- Instaurazione di un rapporto di lavoro
- Motivi familiari
- Motivi di salute

In alternativa

Dichiara che, a causa di uno dei seguenti motivi di giustificazione, il percorso formativo è stato concluso con ammissione agli esami finali ma si è verificato un mancato superamento della valutazione finale:

- Maternità
- Infortunio
- Malattia di lunga durata (superiore a 30 giorni)
- Instaurazione di un rapporto di lavoro

Motivi familiari

Motivi di salute

Data di inizio dell'interruzione o della causa giustificativa: _____

Descrizione dettagliata della causa (eventuale):

Allega la documentazione comprovante e dichiara di essere a conoscenza delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

Si allega al presente modulo una copia del documento di identità del dichiarante