



AVVISO N. 17/2017

PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI PER LA FORMAZIONE DI ASSISTENTI FAMILIARI

Progetto cofinanziato dal PO FSE 2014-2020 della Regione Siciliana

Ente Gestore A.G.O. Società Cooperativa Sociale

F.I.L.A.F. - Formazione e Inserimento Lavorativo Assistenti Familiari

CIP: 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.3/7.1.1/0074 – CUP: G48D19000280006

ALLEGATO B AUTOVALUTAZIONE TITOLI FORMATORI

All'Ente A.G.O. Società Cooperativa Sociale

Il/la sottoscritto/a **consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli in relazione al corso, edizione e modulo formativo al quale ci si candida come sotto indicato:**

ID Corso - ID Edizione – Sede di svolgimento

.....

Modulo formativo di candidatura

.....

| TITOLI DI STUDIO | VALUTAZIONE COMMISSIONE |
|--|--------------------------------|
| Laurea Vecchio ordinamento/ Magistrale a ciclo unico nuovo ordinamento inerente l'area di competenza Indicare titolo e voto | |
| Laurea Magistrale/Specialistica nuovo ordinamento inerente l'area di competenza Indicare titolo e voto | |



AVVISO N. 17/2017

PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI PER LA FORMAZIONE DI ASSISTENTI FAMILIARI

Progetto cofinanziato dal PO FSE 2014-2020 della Regione Siciliana

Ente Gestore A.G.O. Società Cooperativa Sociale

F.I.L.A.F. - Formazione e Inserimento Lavorativo Assistenti Familiari

CIP: 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.3/7.1.1/0074 – CUP: G48D19000280006

| | |
|---|--|
| <p>Laurea Triennale nuovo ordinamento inerente l'area di competenza Indicare titolo e voto </p> | |
| <p>Diploma di scuola secondaria di secondo grado inerente l'area di competenza Indicare titolo e voto </p> | |
| ALTRI TITOLI SPECIFICI | |
| <p>Dottorati, Master, Abilitazioni professionali, Specializzazione, o altre attestazioni inerente l'area di competenza </p> | |
| <p>Corsi di Formazione, certificato di qualifica o diploma professionale inerente l'area di competenza </p> | |
| <p>ESPERIENZA DIDATTICA E PROFESSIONALE Esperienza Professionale inerente l'area di competenza n. anni..... Esperienza Didattica inerente l'area di competenza n. anni</p> | |

Luogo e data,

FIRMA

(sottoscritta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 con allegato documento di identità)

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196 e degli art. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 GDPR 2016/679

Luogo e data,

FIRMA

