SELEZIONE APERTA AGLI ENTI ISCRITTI AL RECO AREA SALUTE MENTALE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO:

Percorsi per il sostegno all' inclusione sociale per utenti psichiatrici nel territorio cittadino nell'ambito del progetto" Carta Utente".

Allegato A 4

Dichiarazione Operatore	
Il so	ttoscritto/a
c.f.:	
nato	/a a il
resid	lente in alla Via/Piazza n°
	DICHIARA
•	di essere stato individuato come
•	di essere in possesso del seguente titolo di studio
•	di aver svolto attività di:
•	per un periodo di anni scolastici:
	attività svolta per conto di:
	attività svolta nel ruolo di:
(l sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla procedura del suddetto appalto di servizi (informativa ai sensi della L .675/96 art. 10 nonché D.Lgs 30/06/2003 n.196 "Codice in materia di dati personali") e successive modifiche
•]	a presente dichiarazione è resa ai sensi del DPR 445/2000 (T.U. in materia di documentazione amministrativa)
Alle	ego curriculum vitae debitamente firmato ego fotocopia di documento di identità mancanza del documento sarà considerata elemento valido per l'esclusione)
Firr	na dell'Operatore
Nap	ooli, Firma del legale rappresentante Timbro dell'Ente