**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445)**

|  |
| --- |
| **Bando di Selezione per l’ammissione al corso di formazione****“Tecnico della ripresa e del montaggio di immagini per la realizzazione di programmi televisivi, documentari e riprese cinematografiche per la produzione di film”****(“Esperto nella realizzazione di prodotti cinematografici”)** |

\_l/\_ sottoscritt\_ COGNOME: NOME:

nat\_ a ( ) il e residente a

 ( ) in CAP

tel. cell. e-mail Sesso: M □ F □ Età Cittadinanza

Codice Fiscale:

consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76, D.P.R. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75, D.P.R. 445/2000), sotto la propria personale responsabilità:

**DICHIARA**

* di essere in possesso della cittadinanza italiana
* di essere residente sul territorio nazionale
* di essere disoccupato/inoccupato
* di essere in possesso di Valido Passaporto ovvero Permesso di Soggiorno (per i cittadini degli altri Stati Membri dell’Unione Europea e i cittadini italiani non appartenenti alla Repubblica)
* di avere un’età non superiore ai 35 anni (ovvero di non aver compiuto 36 anni alla data del 15/11/2016)
* di essere in possesso del seguente diploma di Scuola Media Superiore

conseguito presso

sito in ( )

alla via voto /

* di essere in possesso di laurea triennale in:

conseguita presso

sito in ( )

alla via voto /

* di essere in possesso di laurea magistrale in:

conseguita presso

sito in ( )

alla via voto /

* di essere in possesso di una certificata conoscenza dell’informatica (ECDL)
* di essere in possesso di una certificata conoscenza della lingua inglese (attestazioni riconosciute a livello internazionale, quali ad es.: Trinity College, British Council, PET, TOEFL)
* di essere in possesso di precedenti esperienze documentate, maturate in contesti lavorativi correlati alla figura professionale in uscita dal corso
* di essere in possesso di Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASL di

sita in ( )

alla via

Per quanti sono già in possesso di partita IVA, indicare:

n° P. IVA data di accensione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Codice/i ATECO:

*N.B. Barrare le caselle di interesse*

*Si allega copia di un valido documento di riconoscimento*

 IL DICHIARANTE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Luogo e Data** **Firma**