Il presente modulo dovrà essere compilato e firmato ESCLUSIVAMENTE in formato PDF e inviato all'Ufficio protocollo dell'Unione dei Comuni del Villanova, preferibilmente, via pec a: uniondeicomunidelvillanova@pec.it oppure all'indirizzo: protocollo@unionecomunivillanova.it

# AL SIG. PRESIDENTE DELL'UNIONE DEI COMUNI DEL VILLANOVA

## OGGETTO: RICHIESTA PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA VOUCHER FORMATIVI CORSI OSS 2024

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME	NOME				
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA				
CODICE FISCALE					
INDIRIZZO N. CIVICO					
COMUNE	САР			PROV	
TELEFONO	CELLULA	RE			
EMAIL					
PEC					

#### **CHIEDE**

Di poter accedere al **PROGRAMMA FORMATIVO VOUCHER FORMATIVI CORSI OSS 2023** approvato con Deliberazione di Giunta dell'Unione n. 26 del 09.11.2023

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.);

#### **DICHIARA**

Di essere a conoscenza che:

- 1) di aver preso visione dell'Avviso pubblico;
- Di impegnarsi alla restituzione della somma accreditata pari al 60% della somma assegnata in caso di mancata acquisizione del titolo professionale OSS;
- 3) di non aver ricevuto altri contributi Nazionali o Regionali per la stessa finalità;

4) di aver preso visione delle informative inerenti il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse ai procedimenti e di averle comprese in tutte le loro parti.

### **ALLEGA**

- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
- Certificazione ISEE 2024, in corso di validità;

Data,/2024	
	Firma del richiedente