



**COMUNE DI CHIARAMONTI**  
**PROVINCIA DI SASSARI**  
**Via F.lli Cervi n. 1 C.A.P.07030**  
**Tel 079/569092**  
**E.mail sociale@comune.chiaramonti.ss.it**  
**Ufficio Socio Assistenziale e Culturale**

**MODULO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**OGGETTO: Manifestazione di interesse Tirocinio di formazione ed orientamento ai sensi dell'art. 14 L.68/99 Fondo regionale per l'occupazione dei diversamente abili.**

Il/la sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.

Domiciliato (solo se diverso da indirizzo di residenza) in via \_\_\_\_\_ Cap.

\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.

Contatti:

e-mail: \_\_\_\_\_;

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_.

**MANIFESTA**

- La volontà di partecipare al Tirocinio di formazione ed orientamento ai sensi dell'art. 14 L.68/99 Fondo regionale per l'occupazione dei diversamente abili;
- La disponibilità a svolgere le attività assegnate.

**A TAL FINE DICHIARA**

- Di possedere il seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

- Le seguenti competenze informatiche:

---

---

- Patente B \_\_\_\_\_

- Esperienze presso altri enti pubblici/privati:

---

Si allegano i seguenti documenti:

- ⇒ copia fotostatica (fronte-retro) o copia scansionata della carta di identità in corso di validità o altro documento in corso di validità riconosciuto ai sensi dell'art.35 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.;
- ⇒ “curriculum professionale” munito di data e sottoscritto con firma autografa;
- ⇒ Certificazione che attesti iscrizione alle liste di cui all'art. 8 della legge n. 68/99 (invalidi civili, del lavoro e di servizio).
  
- ⇒ Eventuali certificazioni riguardanti ulteriori Titoli o competenze.

Luogo, data

In fede