**D.D. 7952/2023 del 18/12/2023**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA SELEZIONE DI DUE MENTOR PER LE PRATICHE PROMOSSE DALLA SPERIMENTAZIONE CARE LEAVERS.**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (artt. 46 e 47 D.P.R. n° 445/2000 s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a

* **DATI ANAGRAFICI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cognome | nome | |
| nato/a il | a | prov. |
| residente a | prov. | CAP |
| in via/corso | | n. |
| tel. | e-mail | |
| ulteriori recapiti | | |
| C.F. | P. IVA | |

richiede di partecipare alla selezione di MENTOR metodologia Care Leavers nell'ambito dell'implementazione delle Linee di indirizzo nazionali “*Integrazioni al progetto sulla base degli adeguamenti intervenuti nel corso del primo triennio di sperimentazione”*, inviato a tutti gli Ambiti Territoriali aderenti la Sperimentazione CARE LEAVERS e dichiara quanto segue:

* **Professione**

|  |
| --- |
| profilo professionale/qualifica |
|  |
|  |
| Servizio |
|  |
|  |
| Indirizzo |
|  |
|  |
| Recapiti sede di lavoro (telefono, email) |
|  |
|  |

* **Titoli di studio**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Formazioni metodologiche Sperimentazione Care leavers frequentate**

|  |  |
| --- | --- |
| data | contenuti della formazione |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Esperienze di referenza nell’ambito della Sperimentazione CARE LEAVERS**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiario/a | COORTE 1-2-3 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo UE 2016/679 (GDPR)***

***sul trattamento dei dati personali***

*(nella home page del sito e presso la sede SFEP è possibile consultare l’informativa completa)*

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del **Regolamento (UE) 2016/679**, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_