

Il/la Sottoscritto/a _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita: ___ / ___ / _____

Residente a: _____ Indirizzo: _____

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

La propria disponibilità a partecipare al corso di formazione "Operatore olistico del benessere" nell'ambito del programma Garanzia Giovani che si svolgerà presso l'ente di formazione Consorzio Ro.Ma. con sede in Via Don Giovanni Minzoni, 17/25 Casoria (NA).

Casoria, 29/08/2022

IN FEDE