

MODALITÀ OPERATIVE DELLA PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI PER I SERVIZI PER IL LAVORO

Il sottoscritto				nato a																						
il (gg/mm/aaaa)	/	/	residente in:																							
Via/Piazza			n.	Cap		Prov.																				
CF	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							in qualità di rappresentante legale di:		
(indicare la ragione sociale) _____ con sede legale nel Comune di _____ in _____ n. _____ (Provincia di _____) CF/P.IVA _____																										
per la sede operativa sita in, Via																										

DICHIARA

- di essere in possesso della documentazione attestante la frequenza del corso di formazione per *Addetti al primo soccorso* rilasciata ai sensi delle disposizioni vigenti in materia.
- che la documentazione attestante il suddetto obbligo sarà messa a disposizione in sede di verifica diretta.

Dichiara, altresì, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, che i dati e le informazioni fornite corrispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze penali a cui andrà incontro in caso di dichiarazioni mendaci e delle relative conseguenze amministrative e civili previste dalle vigenti disposizioni in materia.

Data __/__/__

Firma_____