Allegato 3

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA PARTECIPAZIONE AL CORSO PER ASSISTENTI FAMILIARI

Il/La sottoscritto/a_____
(*Cognome*) (*Nome*)

nato/a a _____, (prov._____), il____/____/_____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in _____Via_____

Comune di _____Provincia di_____

Cittadinanza_____

Permesso di Soggiorno n°_____scadenza il ____/____/_____

Carta Soggiorno n°_____scadenza il ____/____/_____

Documento d'Identità_____ n°_____scadenza il ____/____/_____

Tel_____Email_____

richiedente l'iscrizione al Registro degli Assistenti Familiari dell' Ambito di Mortara consapevole dei requisiti necessari all'iscrizione stessa,

DICHIARA

di impegnarsi a partecipare al prossimo corso professionale afferente all'area dell'assistenza familiare, e a produrre adeguata certificazione attestante la presenza all'evento formativo, al fine di regolarizzare la propria iscrizione al Registro dell' Ambito di Mortara

Data, _____ Firma_____