

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA STIPULA DI CONVENZIONI PER
ATTIVITA' NEL CAMPO DELLE DISABILITA' E DEI DISTURBI SPECIFICI DI
APPRENDIMENTO – AVVISO rep. n. 834 del 10/02/2016

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a a il.....

Residente a Via.....

Codice fiscale nella sua qualità di

.....

Della

Con sede legale in

Via.....

Codice fiscale/ partita IVA

.....

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art, 76 del DPR 445/00

DICHIARA

Di aver svolto le seguenti attività di sostegno a soggetti con disabilità o con diagnosi DSA (specificare le attività a favore di studenti universitari):

.....
.....
.....
.....
.....

Che per lo svolgimento della propria attività si avvale dei seguenti collaboratori (allegare l'elenco dei collaboratori con l'indicazione per ciascuno dei titoli professionalizzanti)

Che il compenso orario per i collaboratori è di €

Che il costo orario è di €

Data.....

Firma (Allegare la fotocopia di un documento di identità)