

Oggetto: Autocertificazione corsi di formazione

Il/La sottoscritto/a nato/a
il residente a in via
 in qualità di personale ☐ docente ☐ non docente
con contratto a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli di formazione:

PRIVACY ☐ SI ☐ NO anno di conseguimento

SOMMINISTRAZIONE FARMACI ☐ SI ☐ NO anno di conseguimento

FORMAZIONE GENERALE obbligatoria (4 ore) ☐ SI ☐ NO anno di conseguimento

FORMAZIONE SPECIFICA obbligatoria (8 ore) ☐ SI ☐ NO anno di conseguimento

FORMAZIONE IA – GOVERNANCE E RESPONS. ☐ SI ☐ NO anno di conseguimento

eventuali titoli non obbligatoria

PRIMO SOCCORSO ☐ SI ☐ NO anno di conseguimento

ANTINCENDIO ☐ SI ☐ NO anno di conseguimento

Entro il 30/09/2026 si impegna ad inviare la scansione degli attestati, che non sono in possesso della scuola, alla email: **noic81600d@istruzione.it** con oggetto: attestati formazione nome- cognome.

Oleggio, lì

Il Dichiarante