

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETÀ'
(Art. 21 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Da produrre ai soggetti diversi dagli organi della Pubblica Amministrazione o Gestori di servizi pubblici
che accettano le disposizioni del testo unico in materia di documentazione amministrativa.

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome

Nato a: li:

Residente a: Cap. Prov.

Via/Piazza: n° Tel.

C.F. Cittadino:

Consapevole delle conseguenze di una dichiarazione falsa o mendace art. 75-76 del D.P.R. n° 445/2000
e art.483, 495 e 496 del Codice penale

DICHIARA

Di non incorrere in nessuna delle sotto indicate situazioni:

- aver ricevuto sospensione o divieto di esercizio di attività professionale disposti dalla legge;
• aver ricevuto provvedimento di rinvio a giudizio o atto equivalente per un reato connesso con l'esercizio della professione
• aver ricevuto condanna ad una pena inferiore a due anni se per reati dolosi o superiore a due anni se per reati colposi
• essere sottoposto/a a misura cautelare o misura di sicurezza personale;
• di essere stato assegnato ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro o ad una casa di cura e di custodia
• di aver ricevuto ordinanza di convalida di fermo o dell'arresto;
• di aver ricevuto rinvio a giudizio o atto equivalente per reati diversi da quelli previsti nel paragrafo precedente;
• di aver avuto comportamenti contrari agli interessi della S.I.Co.;

Si dichiara inoltre che:

- [] le seguenti certificazioni sono conformi all'originale;
[] di aver effettuato il proprio aggiornamento professionale presso:

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

per ore.

- [] di aver effettuato la supervisione professionale presso:

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

per ore.

di aver effettuato la pratica professionale di counselor in ambito pubblico, o di gruppo, o di volontariato etc..etc. presso:

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

per ore. (allegare fotocopie)

di aver effettuato la pratica professionale di counselor in ambito privato per ore.

Iscrizione IVA - Definizione: attività professionale svolta da counselor - Ambito Servizi Socio Sanitari – Codice 86.90.29 (se in possesso)

Assicurazione RCT Professionale.

Non presenta copia dell'Assicurazione perché, come risulta dal certificato di servizio, presta la sua attività presso un ente provvisto di assicurazione RCT professionale specifica per i counselor nei confronti dei clienti.

Periodo di riferimento

Altro

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

In Fede
Il/La dichiarante

AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 21, D.P.R. 445 del 28/12/2000, attesto che la sottoscrizione della sopra estesa dichiarazione è stata esposta in mia presenza dal dichiarante, identificato previa esibizione di

N° Rilasciato il Da

Luogo e data

Il Funzionario incaricato
(Cognome, nome e qualifica)

La firma deve essere autenticata da un notaio, cancelliere, segretario comunale, dal dipendente addetto a ricevere la documentazione o altro dipendente incaricato dal Sindaco; il pubblico ufficiale attesta che la sottoscrizione (firma) è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, indicando le modalità di identificazione, la data e il luogo di autenticazione, il proprio cognome, nome, la qualifica rivestita, nonché apponendo la propria firma e il timbro dell'ufficio.