**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**
Ai sensi dell'articolo 31 della legge regionale 19/2007

IL SOTTOSCRITTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| COGNOME | | NOME | |
| DATA DI NASCITA | | LUOGO DI NASCITA | |
| CODICE FISCALE | | | |
| TELEFONI | | | |
| E-MAIL | | | |
| COMUNE (PROVINCIA) | | CAP | |
| VIA o FRAZIONE | | N. | |

AMMONITO/A SULLE RESPONSABILITA' PENALI SANCITE
DALL'ARTICOLO 76 DEL D.P.R. 445/2000, NONCHE' DALL'ARTICOLO 39, COMMA 1, DELLA
L.R. 06.08.2007, N. 19 IN CASO DI DICHIARAZIONE FALSA O MENDACE

**DICHIARA**

☐ Di avere prestato i seguenti servizi presso la Comunità montana Walser in qualità di bidello, accudiente, guardarobiere, aiuto guardarobiere, operaio qualificato usciere:

| **Comunità montana Walser** | **PERIODO DI SERVIZIO DAL** | **AL** | **QUALIFICA** | **ORE SETTIMANALI** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

☐ Di avere prestato i seguenti servizi presso altri enti pubblici in qualità di bidello, accudiente, guardarobiere, aiuto guardarobiere, inserviente, assistente domiciliare, ausiliario, ausiliario socio-sanitario, ausiliario specializzato socio sanitario, assistente socio sanitario, assistente socio assistenziale, assistente residenziale o in posizione giuridica equivalente presso altre pubbliche amministrazioni:

| **Denominazione ente datore di lavoro** | **PERIODO DI SERVIZIO DAL** | **AL** | **QUALIFICA** | **ORE SETTIMANALI** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

☐ Di avere prestato i seguenti servizi presso privati in qualità di tuttofare, domestico, addetto alle pulizie, colf, lavoratrice domestica, cameriera, inserviente, generica, collaboratrice domestica, collaboratrice familiare o in posizioni giuridiche equivalenti, bidello, accudiente, guardarobiere, aiuto guardarobiere, operaio qualificato e usciere, inserviente assistente domiciliare, ausiliario, ausiliario socio-sanitario, ausiliario specializzato socio sanitario, assistente socio sanitario, assistente socio assistenziale, assistente residenziale o in posizione giuridica equivalente:

| **Denominazione ente datore di lavoro** | **PERIODO DI SERVIZIO** | | **QUALIFICA** | **ORE SETTIMANALI** |
|---|---|---|---|---|
| | **DAL** | **AL** | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

☐ **Che le copie fotostatiche dei seguenti documenti allegati sono conformi agli originali in mio possesso:**

**1.** _____

**2.** _____

**3.** _____

**4.** _____

**5.** _____

**6.** _____

**7.** _____

**8.** _____

**9.** _____

**10.** _____