*Fac simile da allegare, eventualmente, all’autocertificazione dei requisiti per l’accesso al corso*

*CARTA INTESTATA DEL DATORE DI LAVORO*

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

(AI SENSI DEL COMMA 597 DELLA LEGGE 205 DEL 28/12/2017 PER L’AMMISSIONE AL CORSO INTENSIVO PER L’ACQUISIZIONE DELLA QUALIFICA DI “EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO –PEDAGOGICO)

\_ l \_ sottoscritt\_

in qualità di (*legale rappresentante, Direttore, Presidente, titolare…*)

di (*indicare nome e ragione sociale dell’ente*)

con sede a

recapito telefonico

indirizzo mail

**dichiara**

che il sig. / la sig.ra

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il

risulta inquadrato/a contrattualmente come (*indicare quanto riportato sul contratto di lavoro*)

presso (i*ndicare nome dell’Ente*)

con contratto a:

□ tempo determinato

□ tempo indeterminato.

Si precisa che lo/a stesso/a ha svolto attività di **educatore**/**trice** presso (*indicare la tipologia

del servizio*)

nel periodo (*indicare l’esatta durata della funzione: da… a….*)

Si rilascia la presente su richiesta dell’interessato, in carta semplice e per gli usi consentiti dalla

legge.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro