**ALLEGATO 6B**

FAC – SIMILE CURRICULUM PER IL RUOLO DI RESPONSABILE LOCALE DI ENTE ACCREDITATO.

Il sottoscritto…………………………………………………………………………………………

                                                                         *(cognome e nome)*

ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell’articolo 76 del predetto D.P.R. n° 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

 di essere nato a………………………………………..il…………………c.f……………………

di essere residente in……………………………….……………………………..c.a.p……….……

Via/Piazza……………………………………………………………………… n…………………

di essere in possesso del seguente titolo di studio……………………………………………………..

conseguito il…………………presso…………………………………………………………………

        *(Rapporto giuridico con l’ente - barrare la voce che interessa).*

o di essere dipendente/volontario\* dell’ente……………………………………dall’anno…….

    iscritto autonomamente all’albo con il codice NZ…………;

o di essere dipendente/volontario\* dell’ente…………………………………… dall’anno……   legato da vincoli associativi/consortili/federativi/canonico-pastorali\* all’ente…………..……………………………

    iscritto autonomamente all’albo con il codice NZ………

*(Requisito richiesto)*

o di *avere esperienze dirette di almeno un anno nel coordinamento di personale e di strutture in altri progetti sociali o nell’ambito dell’ente*:

1.      anno…....... Sede…....................................Comune- località………………………

Ente…………………………………………Progetto…………………………………….

*e di avere e un esperienza nell’ambito del servizio civile nazionale per almeno un anno in uno dei seguenti ruoli: OLP, Formatore della formazione generale, Tutor, RLEA o Esperto del Monitoraggio di un progetto di servizio civile nazionale già terminato.*

2.      ruolo……………anno….......titolo  del progetto………………..…………………..

      Ente proponente il progetto…………………:::::…………codice ente NZ………….

Allega copia del documento di identità in corso di validità

 Luogo e data …………………………………………

                                                                                                           Firma autografa

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 \*) Cancellare le voci che non interessano.