

***COMUNE DI DECIMOMANNU***

# Città Metropolitana di Cagliari

Piazza Municipio 1 – 09033 Decimomannu

C.F. 80013450921 – P.I. 01419800923

Posta Elettronica Certificata (PEC): protocollo@pec.comune.decimomannu.ca.it

Sito Istituzionale: [www.comune.decimomannu.ca.it](http://www.comune.decimomannu.ca.it/)

**1° Settore**

e-mail responsabile: dgarau@comune.decimomannu.ca.it

tel. 070/9667031 –

**Allegato 3**

**INTERVENTO "IMPRENDIAMO" 2019 PER LA CREAZIONE DI START UP D'IMPRESA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

(cognome) (nome)

nato/a a ( ) il

(luogo) (prov.)

residente a ( ) in via

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole della sanzione della decadenza dai benefici ai sensi dell’art. 75 del DPR 28/12/2000 n. 445, nonché delle sanzioni penali applicabili in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti previste dall’art. 76 del suddetto Decreto

## DICHIARA

1. Di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 conseguito presso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; in data: ;

1. Di aver avuto precedenti esperienze lavorative/professionali in settori analoghi a quello cui il progetto Voucher Avvio di Impresa si riferisce (specificare la tipologia delle esperienze e la durata delle stesse):

# Periodo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **n° mesi** | **Breve descrizione dell'attività svolta** |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**da a**

1. di non aver presentato nessun'altra domanda di partecipazione al presente bando " **INTERVENTO "IMPRENDIAMO" PER LA CREAZIONE DI START UP D'IMPRESA** ", in qualità di singolo beneficiario/socio;
2. di non aver riportato condanne penali;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conoscenze relative alla gestione d’impresa**  | *Livello*  | *Tipologia di esperienza maturata (scolastica, in azienda, da imprenditore, ecc.)*  |
| ο *Produzione*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Organizzazione*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Marketing*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Amministrazione*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Finanza*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο  | 0 1 2 3 4 5  |
| *0=nessuna 1=elementare 3= teorica 5= specialistica*  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data: |  \_ | Firma |
| Il/la dichiarante |  \_ |   |

***Dichiarazione da rilasciare singolarmente da parte di tutti i soci***

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

(cognome) (nome)

nato/a a ( ) il

(luogo) (prov.)

residente a ( ) in via

(luogo (prov.) (indirizzo)

consapevole della sanzione della decadenza dai benefici ai sensi dell’art. 75 del DPR 28/12/2000 n. 445, nonché delle sanzioni penali applicabili in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti previste dall’art. 76 del suddetto Decreto

## DICHIARA

1. Di possedere il seguente titolo di studio: ;

conseguito presso: ; in data: ;

1. Di aver avuto precedenti esperienze lavorative/professionali in settori analoghi a quello cui il progetto Voucher Avvio di Impresa si riferisce (specificare la tipologia delle esperienze e la durata delle stesse):

# Periodo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **n° mesi** | **Breve descrizione dell'attività svolta** |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**da a**

1. di non aver presentato nessun'altra domanda di partecipazione al presente bando " **INTERVENTO "IMPRENDIAMO" PER LA CREAZIONE DI START UP D'IMPRESA** ", in qualità di singolo beneficiario/socio;
2. di non aver riportato condanne penali;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conoscenze relative alla gestione d’impresa**  | *Livello*  | *Tipologia di esperienza maturata (scolastica, in azienda, da imprenditore, ecc.)*  |
| ο *Produzione*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Organizzazione*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Marketing*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Amministrazione*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο *Finanza*  | 0 1 2 3 4 5  |
| ο  | 0 1 2 3 4 5  |
| *0=nessuna 1=elementare 3= teorica 5= specialistica*  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data: |  \_ | Firma |
| Il/la dichiarante |  \_ |   |