

Foglio firma individuale Formazione a Distanza*

TITOLO CORSO _____ NOMINATIVO PARTECIPANTE _____

GIORNO	ORARIO		ORE	TITOLO MODULO FORMATIVO	ATTIVITA' SVOLTA**
	dalle	alle			
08/04/2021	11:00	12:35	1,5	RICOMINCIO DAL VACCINO... E LA VITA RIPARTE!	Webinar informativo

* Il presente Foglio firma va utilizzato quando la formazione a distanza del partecipante è supportata da un sistema che effettua il tracciamento delle attività svolte e consente la stampa dei relativi rapporti (in mancanza di tale sistema, il partecipante deve autocertificare, con l'apposito modello di dichiarazione sostitutiva, le attività di formazione a distanza riportate in questo Foglio).

** indicare l'attività formativa svolta a distanza (lezioni, esercitazioni, forum, test, etc)

Il Partecipante

Jana Fiorilli

AUTOCERTIFICAZIONE PARTECIPANTE PER **FORMAZIONE A DISTANZA SENZA SISTEMA DI TRACCIAMENTO** DELLE ATTIVITA' E DI STAMPA DEI RAPPORTI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/La sottoscritto/a Sara Fiorelli
nato/a a Firenze (FI) il 18/10/1984
residente a Livorno (LI) in via Bat Yam n. 1
in qualità di partecipante all'Attività formativa denominata
" RICOMINCIO DAL VACCINO... E LA VITA RIPARTE! "

realizzata da (indicare l'ente erogatore) Logistic Training Academy s.r.l

con sede a (indicare la sede dell'ente erogatore) Via del Marzocco, 80 – 57123 Livorno (LI)

ai sensi dell'art .47 D.P.R. 445/2000

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

di aver svolto, nell'ambito dell'Attività formativa sopra evidenziata, le attività individuali di formazione a distanza riportate nelle schede allegate e firmate, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente dichiarazione.

Si allega copia del documento di identità del dichiarante.

Luogo e Data: Livorno, 09/04/2021

Il Partecipante

Sara Fiorelli