**ALLEGATO ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE PER IL CORSO:**

**BARMAN DI BORDO**

FONDAZIONE ACCADEMIA ITALIANA DELLA MARINA MERCANTILE

Capofila ATI con COSTA CROCIERE S.P.A.

Autocertificazione

Il sottoscritto . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nato a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . il . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Residente a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Via . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell’articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

di essere in possesso di buona conoscenza della lingua italiana ed inglese

e di possedere le seguenti esperienze nel settore bar:

Datore di lavoro: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Sede di svolgimento: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Mansione svolta: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Periodo di attività in mesi: dal . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . al . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Totale periodo in mesi dell’esperienza lavorativa: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(ripetere per ogni esperienza)*

Oppure

Formazione

Titolo del corso: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Soggetto erogatore del corso: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Sede di svolgimento: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ore totali del corso: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Periodo di attività in mesi: dal . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . al . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Totale periodo in mesi dell’esperienza formativa: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 *(ripetere per ogni esperienza)*

Oppure

Stage

Nome Azienda: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Sede di svolgimento: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Mansione svolta: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Periodo di attività in mesi: dal . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . al . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Totale periodo in mesi dell’esperienza di stage: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 *(ripetere per ogni esperienza)*

Totale complessivo esperienze in mesi: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***(N.B non inferiore a 6 mesi)***

Data . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Firma . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .