

FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome  
Indirizzo  
Telefono  
Fax  
E-mail  
  
Nazionalità  
Data di nascita

Il sottoscritto/a SANE ALYSSANE, ai sensi degli art.46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità

ALYSSANE  
C/so VI TORIO EMANELE 118  
338 9403751  
-  
RAMA DOU 4 @ GMAIL.COM  
GUINEA BISSAU  
31/01/86

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da - a)  
• Nome e indirizzo del datore di lavoro  
• Tipo di azienda o settore  
• Tipo di impiego  
• Principali mansioni e responsabilità

2018/2019

AUTO CUOCO CAMERIANO - Lavapreti

• Date (da - a)  
• Nome e indirizzo del datore di lavoro  
• Tipo di azienda o settore  
• Tipo di impiego  
• Principali mansioni e responsabilità

2018/2019

privato  
Dottore di Agricoltura

• Date (da - a)  
• Nome e indirizzo del datore di lavoro  
• Tipo di azienda o settore  
• Tipo di impiego  
• Principali mansioni e responsabilità

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da - a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

CPA - Livello A1

ITALIA

- Date (da - a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

**PATENTE O PATENTI**

no

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". (facoltativo, v. istruzioni)

**Data e firma**

22/05/2020



# Associazione della Croce Rossa Italiana

Via Toscana,12

00187 Roma (ROMA)

Tel: +39 06 55.100.500 - Fax: + 39 -06 65.47.01.32

P.IVA 13669721006

Croce Rossa Italiana  
Comitato Nazionale

## Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Data : 12/05/2022 Luogo : TRAPANI  
Nome, Cognome: ALYASSANE SINE

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 7 del Reg.to UE 2016/679, (documento di informativa n. 9968.51.431135.2228367):

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità facoltative sotto riportate?

- SI  NO Attività di promozione dell'autonomia  
 SI  NO Formazione professionale  
 SI  NO Inserimento lavorativo

Presta il suo consenso alla raccolta da parte di e/o alla comunicazione a dei propri dati personali?

- SI  NO Altri partner del progetto LISA  
 SI  NO Comitati CRI Territoriali aderenti al progetto LISA  
 SI  NO Enti di formazione professionale e/o Agenzie per il lavoro  
 SI  NO società e imprese

L'interessato: