

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 - Lavagna RI

• 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 Agricolo

• 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

22/05/2021



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: