

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA VALUTATIVA A/A 2020/2021
Bandita con nota del 06/08/2020 prot. n. 6586/DG

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammess_____ alla procedura valutativa, per titoli, diretta al conferimento di n. 1 incarico di insegnamento in _____

C.I. _____

SSD _____ CFU _____ n. ore _____ A/S _____ / _____ Sede ASL Avellino per il corso di Laurea in _____ a.a.2020/2021.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese,
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva,
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

DICHIARA

- che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome _____

Nome _____ Codice Fiscale _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

cittadinanza _____ residente a _____

Prov. _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;

- di essere dipendente di ruolo della Struttura ASL Avellino;

- di essere in possesso della Laurea triennale specialistica/magistrale in _____

_____ conseguita presso _____

_____ in data ____/____/____

con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente _____

_____ conseguito presso _____

_____ in data ____/____/____ con votazione ____/____

- di essere in possesso di:

Dottorato di ricerca in _____

di durata _____ conseguito presso _____

in data ____/____/____ ovvero di titolo equipollente _____

conseguito presso _____ in data ____/____/____

con votazione ____/____

Diploma di Specializzazione in _____

di durata _____ conseguito presso _____

in data _____ ovvero di titolo

equipollente _____

conseguito presso _____ in data ____/____/____

con votazione ____/____

Diploma di Master di _____ livello in _____

di durata _____ conseguito presso _____

in data ____/____/____ ovvero di titolo equipollente _____

conseguito presso _____

in data ____/____/____ con votazione ____/____

Corso di Perfezionamento in _____

di durata _____ conseguito presso _____

in data _____ ovvero di titolo equipollente _____

conseguito presso _____ in data _____

con votazione _____

dei seguenti altri titoli

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ter dette finalità

(Luogo e Data) _____

Firma _____

Allega:

fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (*indicare solo se diverso dalla residenza*):

presso

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____