

FAC-SIMILE DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI RICERCA DI PERSONALE PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI SPECIALISTA IN ATTIVITA' CONTABILI, A TEMPO PIENO E INDETERMINATO, CATEGORIA D1 (da redigersi in carta semplice)

All'Unione Terre d'Acque
Ufficio Personale
Piazza Libertà, 10
28071 BORGOLAVEZZARO (NO)

__l__ sottoscritt _____ nat_ il __/__/_____
a _____ C.F. _____ residente
in _____ prov.(_____) via _____ n _____
tel. abitazione _____ Tel. cell.: _____
e-mail _____,

PRESENTA

la propria candidatura per la partecipazione alla procedura di mobilità esterna per la copertura di un posto, a tempo pieno ed indeterminato, di Specialista in Attività Contabili – Categoria D1. A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere in caso di dichiarazione falsa, o comunque non corrispondente al vero, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1. di essere in servizio presso _____
dal _____ per un totale di anni _____ e mesi _____ con la
qualifica professionale di _____, categoria _____ e
posizione economica _____;
2. di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito
nell'anno _____ presso l'Università _____ con la votazione di
_____;
3. di possedere la patente di guida di categoria B;
4. (Segnare la casella con la dichiarazione che si intende fare)
☐ di non aver in corso procedimenti disciplinari o penali e di non aver subito provvedimenti di condanna,
anche ex art. 444 c.p.p. o provvedimenti disciplinari;

Ovvero:

☐ eventuali procedimenti disciplinari o penali in corso, specificare quali:

☐ eventuali provvedimenti disciplinari subiti nel corso dell'ultimo biennio, specificare quali:

☐ eventuali provvedimenti di condanna anche ex art. 444 C.P.C. a proprio carico, specificare quali:

5. di possedere idoneità fisica all'impiego e alle mansioni proprie;

6. di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003;

7. (Segnare la casella con la dichiarazione che si intende fare)

☐ di non possedere alcuna invalidità

Ovvero:

☐ di possedere la seguente invalidità

Specificare quali: _____

8. di essere a conoscenza ed accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni e le indicazioni contenute nell'avviso di mobilità.

Elegge domicilio, ai fini delle comunicazioni inerenti la presente procedura (solo se diverso dalla residenza) in _____ prov. (_____) via

_____ n. _____ tel. _____ cell: _____

e-mail _____;

impegnandosi a comunicare ogni variazione dello stesso e sollevando l'Amministrazione Unionale da ogni responsabilità dovuta al mancato rispetto di tale impegno o alla mia erronea indicazione di dati.

Luogo _____

Data _____

Firma _____

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE:

- a) nulla osta rilasciato dall'Ente di appartenenza o dichiarazione preliminare di impegno al rilascio del nulla osta;
- b) curriculum vitae formativo e professionale debitamente sottoscritto;
- c) copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.