

*Al Comune di Castellanza
Viale Rimembranze 4
21503 CASTELLANZA - VA*

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO PROFESSIONALE OCCASIONALE PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI SUPPORTO PRESSO L'AREA MINORI DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

Il/La _____ sottoscritto/a _____ Codice
Fiscale _____

CHIEDE

di partecipare alla valutazione comparativa relativa al conferimento dell'incarico di prestazione occasionale per la gestione delle attività di supporto presso l'Area Minori Del Servizio Politiche Sociali

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, che tutto quanto indicato, nella presente domanda corrisponde al vero, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

1. di _____ essere _____ nato/a _____

il _____;

2. di essere residente a _____ (_____) in via _____;

3. di _____ essere _____ cittadino/a _____;

4. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (in caso contrario indicare quali) _____;

5. di essere in possesso del seguente Titolo di Studio _____

rilasciato da _____ con

voti _____/_____ in _____ data _____.

e, per i titoli di studio stranieri, equipollente al seguente titolo di studio italiano: _____;

6. di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini UE ed extra UE);

7 di aver dettagliato nel curriculum vitae allegato al presente modulo la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale richiesta nel bando di selezione nonché ogni altro elemento comprovante le capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico (ad es. lettere di referenze, ecc.);

8. di eleggere il proprio domicilio per le comunicazioni in merito a questa selezione in:

| | | | |
|--------|----------------------|--------|----------------------|
| VIA | <input type="text"/> | N. | <input type="text"/> |
| COMUNE | <input type="text"/> | PROV. | <input type="text"/> |
| | | C | <input type="text"/> |
| TEL. | <input type="text"/> | CELL. | <input type="text"/> |
| E-MAIL | <input type="text"/> | PRESSO | <input type="text"/> |

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

, _____ Firma

Allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae datato e sottoscritto e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Firma
