

ALLEGATO 2a

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE DEL CURRICULUM VITAE E PROFESSIONALE da allegare alla domanda di partecipazione all'avviso interno

(Area del Operatori, ruolo Operatore Sociosanitario)

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a

residente in Via n.°

CAP Città Provincia

Tel. Cell.

in riferimento all'avviso interno;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;

a completamento della domanda di partecipazione all'avviso, documenta nel presente modulo, i titoli posseduti per la partecipazione **all'avviso interno**

1) ATTIVITA' DI SERVIZIO

	Commissione
Elencare in ordine cronologico le unità operative presso le quali ha svolto la propria attività professionale, il ruolo occupato e gli anni di servizio (escludere dal conteggio le assenze superiori ad un mese):	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	

Sigla del partecipante

PAG DI

<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 comma 1 del D.Lgs. 30.06.2003, n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Frosinone, data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente tramite persona delegata.

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____