

MODULO A

l sottoscritt _____, nat_ a _____
_____ il _____ recapito telefonico _____
e-mail _____, Pec _____,
matricola n. _____, inquadrat_ nel profilo professionale _____,
Cat. _____, Fascia economica _____, **data ultima progressione nel profilo attuale** _____

DICHIARO

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445/2000 e ss.mm., ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 di:

Titoli di servizio con o senza soluzione di continuità, a tempo determinato o indeterminato :

1) Ente SSN _____ profilo _____ Ctg. _____

tipo di rapporto (determinato/indeterminato) _____

dal _____ al _____

2) Ente SSN _____ profilo _____ Ctg. _____

tipo di rapporto (determinato/indeterminato) _____

dal _____ al _____

3) Ente SSN _____ profilo _____ Ctg. _____

tipo di rapporto (determinato/indeterminato) _____

dal _____ al _____

4) Ente SSN _____ profilo _____ Ctg. _____

tipo di rapporto (determinato/indeterminato) _____

dal _____ al _____

5) Ente SSN _____ profilo _____ Ctg. _____

tipo di rapporto (determinato/indeterminato) _____

dal _____ al _____

L'Azienda si riserva di effettuare controlli sulla dichiarazione resa e, in caso di dichiarazioni non veritiere la domanda verrà respinta oltre a informare l'Autorità Giudiziaria.

Data _____

firma _____