

Al Direttore del Dipartimento Di
Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche
Università degli Studi "G. d'Annunzio"
Sede

Il/ La _____
sottoscritta nato a _____prov. _____ il
_____residente a _____prov.
_____ C.A.P. _____
_____in via _____n. afferente alla Struttura tel. _____ e-mail
_____attualmente inquadrato

chiede di essere ammesso/a alla selezione per la procedura di ricognizione interna ai fini dell'individuazione di personale tecnico-amministrativo, e/o CEL e/o Docente/ Ricercatore dell'Ateneo da destinare allo svolgimento delle attività indicate nell'Avviso prot. n.....del

A tal fine dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, come richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000:

1) (titolo di studio)

2)

3) Non aver subito, da parte della Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi 5 anni,

4) Che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero.

Lo/ La scrivente è a conoscenza che, ai sensi del GDPR 2016/679, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai fini della procedura. Allega:

- autorizzazione del proprio Responsabile di struttura (solo per il personale TAB e GEL);
- curriculum vitae datato e firmato; • fotocopia di un documento di riconoscimento; • eventuale documentazione utile ai fini della valutazione.

Data _____

Firma