**SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI ED ESAMI PER L’ASSUNZIONE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N° 1 COLLABORATORE AMMINISTRATIVO – CATEGORIA D – CCNL AIOP SANITA’ PRIVATA.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 relativa a servizio prestato con contratti di assunzione a tempo determinato/indeterminato/in somministrazione lavoro – presso enti pubblici economici o enti pubblici con mansioni analoghe a quelle da svolgere e comunque fino ad un massimo di 10 mesi nel periodo 01/01/2021 – 31/03/2023.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ed ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000

1. Di aver svolto la seguente attività lavorativa di cui si richiede la valutazione nei titoli :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE DATORE DI LAVORO E SEDE DI LAVORO | TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO  Specificare Categoria, profilo, monte ore settimanale. | DURATA RAPPORTO DI LAVORO  (indicare dettagliatamente  i periodi: data inizio e fine  e le eventuali interruzioni)  gg.mm.aa |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  | Dal\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  Al \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |

……………………,lì………… Firma