

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI TITOLI POSSEDUTI PER LA VALUTAZIONE DEL RELATIVO PUNTEGGIO.

A ASP Azalea
Corso Matteotti 124 – 29015 Castel San Giovanni (PC)

Il/La sottoscritto/a Nato/a il
Residente a (Cap) Via N°
Codice fiscale Tel. Mail

Con riferimento al concorso pubblico per INFERMIERE di cui al bando **datato __/5/2019**, consapevole delle responsabilità ex art. 76 DPR n° 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla loro base, **sotto la propria personale responsabilità dichiara** di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio valutabili nel suddetto concorso:

<i>Ente/Datore di lavoro</i>	<i>Profilo professionale e categoria</i>	<i>Percentuale di servizio in rapporto al tempo pieno (se part time)</i>	<i>Area/settore/servizio d'impiego</i>	<i>Periodo (dal __/__/__ al __/__/__)</i>

Data

FIRMA

.....

Il presente modulo deve essere compilato in modo leggibile, firmato, scansionato e allegato alla domanda di partecipazione.