

ALL'UFFICIO PROTOCOLLO DEL
COMUNE DI UDINE
Via Lionello n. 1
33100 UDINE

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO (art. 110 D.Lgs. 267/2000) DI UN DIRIGENTE AMM.VO CONTABILE DA ASSEGNARE AL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE N. 4.5 DELL'UDINESE.

Il/la

sottoscritto/a

presa visione dell'Avviso di selezione, chiede di partecipare alla procedura in oggetto.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

2) di essere residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

In Via _____ n. _____

tel. _____ cellulare _____

Pec _____

Mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

3) di essere in possesso della cittadinanza italiana;

4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

_____ (in caso negativo

indicare i motivi della mancata iscrizione o cancellazione dalle liste medesime) _____

5) di possedere il seguente titolo di studio, richiesto dall'avviso per la partecipazione:

- Diploma di laurea vecchio ordinamento in _____
- Laurea _____ specialistica _____ in _____ (Classe _____)
- Laurea magistrale in _____ (Classe _____)

Conseguita presso _____
Nell'anno accademico _____ con la votazione _____

(Nel caso di laurea specialistica o magistrale indicare la classe di appartenenza con riferimento a quanto attestato dall'Università che ha rilasciato il titolo).

(Per i titoli di studio conseguiti all'estero: provvedimento di riconoscimento rilasciato da _____ numero e data _____ oppure di aver presentato apposita richiesta in data _____ al soggetto _____)

6) di possedere l'esperienza lavorativa richiesta dall'avviso per la partecipazione di cui all'allegato 1);

7) di trovarsi attualmente nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva (per i soli candidati _____ soggetti _____ a _____ tale _____ obbligo)

8) di non essere stato/a destituito/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione a seguito di procedimento disciplinare o dispensato/a per persistente insufficiente rendimento, o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego, ai sensi della normativa vigente, o licenziato/a per le medesime o altre cause;

9) di non essere stato/a destituito/a, dispensato/a o licenziato/a da un impiego pubblico per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

10) procedimenti penali

- di NON avere procedimenti penali in corso

Il sottoscritto, in relazione al proprio stato di handicap, dichiara di avere necessità, ai sensi dell'art. 20 della L. 5.2.1992 n. 104, di tempi aggiuntivi ovvero degli strumenti di ausilio indicati nell'apposita certificazione medica allegata alla presente e rilasciata in conformità a quanto previsto dalla Circolare 24.07.1999 n. 6 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica (da barrare e compilare soltanto da parte dei concorrenti interessati):

Il sottoscritto chiede che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente RECAPITO:

Destinatario _____
Pec _____
e-mail _____

- **impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.**

Il sottoscritto **allega** alla presente:

- 1) copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (in corso di validità);
- 2) curriculum vitae, studiorum e professionale.

Data _____

(firma)

La firma del dichiarante viene apposta davanti al dipendente addetto alla ricezione (_____), che viene riconosciuto mediante esibizione di documento d'identità personale (indicare gli estremi del documento _____)

Firma del dipendente addetto al ricevimento della pratica
