

BARRARE LE CASELLE IN CORRISPONDENZA DELLE VOCI DICHIARATE

Al Signor
SINDACO DEL
COMUNE DI CISLIANO
Via Piave n. 9
20080 CISLIANO (MI)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO CONTABILE CAT. B3 TRAMITE MOBILITÀ ESTERNA.

l sottoscritt_ _____
nat_ a _____, il _____
residente a _____ in via _____
telefono o cellulare _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di mobilità in oggetto.

Dichiara sotto la propria responsabilità quanto appresso indicato:

Di prestare servizio presso _____
nel cui organico è inquadrato in ruolo con decorrenza dal _____ nella categoria B3
posizione economica _____ e nel profilo professionale di _____
_____ presso il Settore _____

Di essere in possesso del titolo di studio _____
_____ conseguito nell'anno _____
presso _____

Di aver prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni:
_____ (dal _____ al _____)
_____ (dal _____ al _____)
_____ (dal _____ al _____)

ed eventuali cause di risoluzione del rapporto di pubblico impiego

- di non avere riportato sanzioni disciplinari negli ultimi due anni precedenti la data di scadenza del presente avviso e di non avere procedimenti disciplinari in corso;
- di consentire che i dati personali forniti siano raccolti presso il Comune di Cisliano per le finalità di gestione della selezione e trattati mediante utilizzo di archivi informatici e/o cartacei, anche successivamente alla conclusione della stessa per le medesime finalità;
- di essere consapevole della veridicità della presente domanda e delle dichiarazioni in essa contenute e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 DPR 445 del 28.12.2000 in caso di falsa dichiarazione;

ALLEGA

Per qualsiasi comunicazione relativa alla presente domanda viene indicato il seguente recapito, con l'impegno di rendere nota tempestivamente qualsiasi variazione di indirizzo sollevando l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

Comune di _____ Provincia _____ Cap _____

Via _____ Telefono _____

e-mail _____

Data _____

Con la sottoscrizione il candidato assume ogni responsabilità civile e penale relativa alle dichiarazioni non cancellate; pertanto sarà cura del candidato cancellare quanto non intenda dichiarare.

Firma leggibile

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000)