

ALLEGATO 1

Al Direttore del Dipartimento di
Medicina Veterinaria - Sede

Oggetto: - Manifestazione di interesse allo svolgimento dell'attività descritta attività nell'ambito del progetto dal titolo:..... (bando D.D. n.).

I sottoscritt _____ (matr. _____),
nato/a _____ il _____
in servizio presso _____ (tel. _____)
E-mail _____
inquadrat _ nella cat. _ area _____

DICHIARO

A) di essere disponibile a prestare l'attività descritta nel bando prot n. _____ del _____, durante l'orario di servizio ed a titolo gratuito.

B) di essere in possesso del seguente Titolo di Studio _____ rilasciato da _____ con voti _____ / _____ in data _____

Per i titoli di studio stranieri: equipollente al seguente titolo di studio italiano:

A tal fine specifico quanto segue:
motivazioni:

attività lavorative svolte presso l'attuale sede di servizio:

C) di aver dettagliato nel curriculum vitae allegato al presente modulo la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale richiesta nel bando di selezione nonché ogni altro elemento comprovante le capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico (ad es. lettere di referenze, ecc.);

D) di allegare all'istanza di partecipazione i titoli che si intendono presentare ai fini della loro valutazione.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

.....

.....

Telefono n.....

Indirizzo e-mail.....

Il sottoscritto allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto D.Lgs. 196/2003 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, _____

Firma _____

Allega alla presente istanza il proprio curriculum vitae datato e sottoscritto e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegare sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Data, _____

Firma _____

NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

IL SOTTOSCRITTO _____ RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA
DEL SIG. _____ AUTORIZZA IL TRASFERIMENTO TEMPORANEO / *MOBILIT. PARZIALE*
DEL DIPENDENTE PER _____ MESI PRESSO IL DIPARTIMENTO _____,
SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.
DATA, _____

FIRMA E TIMBRO

.....
Firma