## FAC SIMILE DOMANDA

## ALLEGATO

Alla Direzione

Consorzio per la Ricerca Sanitaria - CORIS

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di partecipare all’**Avviso di selezione interna, per titoli e colloquio, di n°1 posto di Assistente Amministrativo per il supporto amministrativo delle progettualità, nell’ambito della ricerca scientifica, del CORIS.**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e successive modifiche e integrazioni

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonché di quanto stabilito dall’art. 75 del citato D.P.R. n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere nato a (prov. ) il e di risiedere attualmente a CAP (prov. ) in via n.

tel. cell. indirizzo di posta elettronica

;

1. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall’avviso, e precisamente:

* di essere dipendente CORIS a tempo determinato dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* diploma di scuola secondaria di secondo grado conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* laurea\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di conoscere la lingua inglese (scritta e parlata) – livello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a allega:

* curriculum formativo e professionale in formato europeo
* fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento.

In caso di attribuzione dell’incarico si impegna a non svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse – anche potenziale - rispetto all’incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Dichiara che le copie di documenti/titoli allegati alla presente domanda sono conformi gli originali, ai sensi e per gli effetti dell’art. 19 del D.P.R. 445/2000 (solo per titoli rilasciati da Enti Privati).

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga effettuata al seguente indirizzo:

Dott. / Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. tel. posta elettronica \_\_\_\_\_

Data Firma