

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

Oggetto: AVVISO DI SELEZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE INTERNO DI ATENEO IN QUALITA' DI COORDINATORE DI TIROCINIO DEL MASTER DI I LIVELLO IN "INFERMIERISTICA DI SANITA' PUBBLICA" PER L'A.A. 2019-2020

Bando interno rivolto al personale (prot. n. 1248 del 01.10.2020)

☐ attività di: _____
Il/La sottoscritto/a _____ (matr. _____)
nato/a a _____ il _____
in servizio presso _____ inquadrato/a nella cat. _____ area _____
tel. _____ mail _____

DICHIARA

a) di essere disponibile a prestare l'attività descritta in oggetto durante l'orario di servizio e senza compensi aggiuntivi;

b) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
rilasciato da _____ con la votazione di ____/____ in data _____;

c) di svolgere la seguente attività lavorativa: _____

d) 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 la capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico.

Allega nulla osta della struttura di appartenenza

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni: _____

Telefono _____ e indirizzo mail _____

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

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità DICHIARA sotto la sua personale responsabilità che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale in proprio possesso, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data _____

Firma _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SANITA' PUBBLICA E PEDIATRICHE

Alla Prof.ssa Annamaria Cuffini

(NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA)

IL SOTTOSCRITTO _____

RESPONSABILE DEL _____ (STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL
DIPENDENTE) AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA DEL DOTT. / SIG.

_____ PER _____ (PERIODO) PRESSO
_____, SENZA ULTERIORE RICHIESTA DI
SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

DATA _____

FIRMA E TIMBRO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47
DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
e residente a _____
Via _____

consapevole che, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione dai pubblici uffici;

DICHIARA

- Di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Che le scansioni dei titoli allegati alla domanda, di seguito elencati, sono conformi all'originale:

Data, _____

Il dichiarante
