Prot. 0000400 <NomeRep> N. del 01/02/2018 [UOR SI000066 Cl. VII/4]

(SCHEMA DI DOMANDA)

Università di Parma

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Direttore

(data)

l sottoscritt nat_ a (provincia di) il e residente a in Via/Piazza n° CAP n° tel.Codice Fiscale CHIEDE Di partecipare all'avviso per l'individuazione degli idonei all'incarico di Direttore delle attività didattiche professionalizzanti nel Corso di Laurea in Infermieristica – sede didattica Azienda USL di Piacenza. A tal fine, consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni così come previsto dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiara sotto la propria responsabilità di prestare servizio in qualità di presso l'Azienda/Ente..... Dichiara, in autocertificazione, di essere in possesso dei requisiti richiesti dal bando: Allega alla presente: curriculum vitae in formato europeo copia documento di riconoscimento in corso di validità, sottoscritto altri documenti e titoli che si ritengono utili ai fini della procedura:

(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(artt 38 e 47 D.P.R. 445/2000)

IL SOTTOSCRITTO				
cognome	nome _			
nato a	prov	il		
residente a	prov	c.a.p		
indirizzo		tel. n	<i>'</i>	
consapevole che in caso di fals 28.12.2000 n. 445 e dalle dispos		dalle leggi speciali in m	-	al D.P.R.
				;
Il sottoscritto è a conoscenza saranno trattati esclusivamente			003 n. 196 i dati p	ersonali
Parma,				
		il dich	iarante	

N.B. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve essere sottoscritta dinnanzi al pubblico ufficiale che la riceve o accompagnata da fotocopia di un documento di identità, in corso di validità.