ALLEGATO "A"

# AL DIRETTORE GENERALE

Università degli Studi di Ferrara

Via Ariosto, 35

44121 - Ferrara

Il/la sottoscritto/a

# COGNOME

(le donne coniugate indicano il cognome da nubile)

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

NATO A PROV. IL

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. STATO

INDIRIZZO C.A.P.

IN SERVIZIO PRESSO

chiede di partecipare alla selezione per il conferimento dell’incarico di

Responsabile Ufficio Fiscale - Categoria D -Posizione economica D1 - Area amministrativa-gestionale dell’Università degli Studi di Ferrara.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

1. di essere nato in data e luogo sopra riportati;

2. di essere residente nel luogo sopra riportato;

3. di essere in servizio presso il Dipartimento/Ufficio

4. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

* Laurea triennale conseguita ai sensi del DM. 509/99

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della Tesi:

* Laurea prevista dagli ordinamenti didattici previgenti al DM 509/1999

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della Tesi:

* Laurea specialistica conseguita ai sensi del DM. 509/99 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della tesi:

* Laurea magistrale conseguita ai sensi del DM. 270/04 in

conseguita nella classe n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(denominazione classe)*

Conseguita in data con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso l’Università di

Titolo della tesi:

Il/la sottoscritto/a dichiara di eleggere quale recapito ai fini della procedura selettiva il seguente indirizzo:

PRESSO

INDIRIZZO C.A.P.

COMUNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. STATO

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E -MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione del recapito stesso.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

* copia fotostatica del documento di identità e del codice fiscale;
* curriculum professionale in formato europeo in duplice copia datato e firmato.

Luogo e data

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_