



# Università degli Studi di Ferrara

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

\_\_\_\_\_