

BEWERBUNG UM ZULASSUNG ZUR ÖFFENTLICHEN KUNDMACHUNG ZUR ERTEILUNG DES VIERJAHRESAUFTRAGES ALS:

DIREKTOR/DIREKTORIN DES AMTES FÜR VERPFLEGUNGSDIENSTE UND KONTROLLE VON VERGEBENEN DIENSTEN

| | |
|-----------------|---------------------|
| Eingangsstempel | dem Amt vorbehalten |
|-----------------|---------------------|

Alle die in der vorliegenden Bewerbung enthaltenen und abgegebenen Erklärungen, sowie die beigelegten Unterlagen unterliegen den Bestimmungen des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 und wahrheitswidrige Erklärungen werden im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze gemäß Art. 76 des genannten Einheitstextes strafrechtlich verfolgt.

Sollte sich aufgrund von Kontrollen ergeben, dass unwahre Erklärungen abgegeben worden sind, verliert der/die Erklärende sämtliche Begünstigungen, die sich aus der aufgrund unwahrer Erklärungen getroffenen Maßnahme ergeben.

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Der/Die Unterfertigte | |
| geboren in | am |
| wohnhaft in | (Prov.), PLZ |
| Straße | Nr. |
| Steuernummer | |

bewirbt sich für obgenannte Stelle.

Zu diesem Zweck erklärt der/die Unterfertigte auf eigene Verantwortung folgendes:

| |
|---|
| 1) <input type="checkbox"/> italienische/r Staatsbürger/in, oder Staatsbürger/in des folgenden EU Staates zu sein: _____ <input type="checkbox"/> anderes, Anspruchsberechtigte laut Art. 38 des GvD Nr. 165/2001: _____ Dokument, welches obgenanntes Recht belegt, beilegen (z.B. Aufenthaltsberechtigung,....) |
| 2) <input type="checkbox"/> dass er/sie in den Wählerlisten der Gemeinde _____ eingetragen ist <input type="checkbox"/> dass er/sie aus den folgenden Gründen nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen ist: _____ |

3) dass er/sie nie strafrechtlich verurteilt worden ist und kein Strafverfahren anhängig hat;
 dass er/sie folgende Strafverfahren anhängig hat: _____
 dass gegen ihn/sie folgende Strafurteile ausgesprochen wurden: _____
 (es sind auch jene Strafurteile anzugeben, für welche die strafbare Handlung als erloschen erklärt wurde oder die Nichterwähnung des Urteils im Strafregister verfügt wurde)

4) dass er/sie beim Gesundheitsbezirk Bozen Dienst leistet /geleistet hat;

5) dass er/sie nie vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder nie eine Stelle bei einer öffentlichen Verwaltung verloren hat oder ein öffentliches Amt bekleiden darf;
 dass er/sie aus folgenden Gründen vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder die Stelle verloren hat oder kein öffentliches Amt bekleiden darf: _____;

6) (nur für männliche Bewerber): dass er die Wehrpflicht erfüllt hat:
 Militärdienst Zivildienst vom _____ bis _____
 dass er die Wehrpflicht aus folgenden Gründen nicht erfüllt hat: _____

7) dass er/sie im Besitze der körperlichen Eignung ist;

8) dass er/sie zu den Menschen mit Behinderung laut Art. 1 des Gesetze Nr. 68 vom 12.03.1999 gehört, seit _____ (letzte Aktualisierung) Prozentsatz _____

9) dass er/sie im Besitz folgendes Zweisprachigkeitsnachweises, welcher am _____ von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfung der Autonomen Provinz Bozen ausgestellt wurde, ist:
 C1 (ehemaliges Niveau A), B2 (ehemaliges Niveau B), B1 (ehemaliges Niveau c), A2(ehemaliges Niveau D);

10) dass er/sie im Besitz folgender Studientitel ist:
Verzeichnis der für die Zulassung erforderlichen sowie eventuell höheren Studientitel (z. B. Grundschulzeugnis, Mittelschuldiplom, Berufsbefähigungsnachweis als ..., Absolvierung von Zwischenklassen, Reifediplom als ..., Fachausbildungsdiplom für ..., Absolvierung von Prüfungen oder Semestern an Universitäten, Kurzstudiumdiplom in ..., Doktorat in ...), Schulen bzw. Anstalten, wo diese Zeugnisse erlangt worden sind, Jahr der Ausstellung, jeweilige Dauer, Stadt der Schule bzw. Anstalten

| Titel/Zeugnis | Schule/Anstalt/ Einrichtung | Jahr | Normale Dauer | Stadt |
|---------------|--------------------------------|------|---------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

11) dass er/sie im Besitze der italienischen Anerkennung des im Ausland erworbenen Studientitels ist
 (Anerkennung, ausgestellt von folgender italienischen Behörde _____
 am _____, oder Anerkennung am _____ an folgender italienischen Behörde eingereicht:

12) dass alle Mitteilungen, die das vorliegende Gesuch bzw. eine evtl. Aufnahme betreffen, ausschließlich an folgende Adresse oder zertifizierte E-Mail Adresse (PEC) zu richten sind: _____ (PEC)
Straße _____ Nr. _____
Ort _____ PLZ _____ Tel. Nr. _____ / _____

13) dass er/sie im Sinne und für die Belange des Art. 20 des D.P.R. vom 26.07.1976, Nr. 752 das Kolloquium in folgender Sprache ablegen will: italienisch deutsch

Für jene Bewerber/Innen, welche nicht in der Provinz Bozen ansässig sind:

Die/Der Unterfertigte erklärt, nicht in der Provinz Bozen ansässig zu sein und demzufolge vom Recht Gebrauch zu machen, bis zu Beginn der ersten Wettbewerbsprüfung die Erklärung über die Zugehörigkeit oder Angliederung zu einer der drei Sprachgruppen abzugeben und die entsprechende Bescheinigung vorzulegen

Datum _____ Unterschrift: _____

_____, zuständige/r Beamter/in für den Empfang bestätigt, dass die Bewerbung in seiner/ihrer Anwesenheit unterzeichnet und dass der/diejenige, welche/r die Bewerbung eingereicht hat, mit _____ identifiziert wurde.

Unterschrift des Beauftragten: _____

Dem Ansuchen müssen auf jeden Fall folgende Dokumente beigelegt werden:

- Fotokopie eines gültigen Ausweises
- Bescheinigung der Zugehörigkeit oder der Zuordnung zu einer der drei Sprachgruppen (siehe Punkt 4 Buchstabe b) der Wettbewerbsausschreibung)
- Schulischer und beruflicher Lebenslauf auf stempelfreiem Papier verfasst und mit Datum und Unterschrift versehen
- Anstelle von Erklärungen fügt der/die Unterfertigte diesem Ansuchen _____ Dokumente bei, die in einem eigenen Verzeichnis in doppelter Ausfertigung aufgelistet sind.

Gemäß Art. 13 der Europäischen Verordnung 2013/679 informieren wir Sie, dass die von Ihnen übermittelten und vom Rechtsinhaber, dem Südtiroler Sanitätsbetrieb, gesammelten Daten ausschließlich für die Aktivierung und Verwaltung von Verfahren im Zusammenhang mit der eventuellen Einstellung und den damit verbundenen Aktivitäten und Verpflichtungen verwendet werden.

Insbesondere sind die angeforderten Daten für diese Verwaltung notwendig um Ihr Ansuchen zu bearbeiten, und ihre Nichtbereitstellung würde es nicht ermöglichen, die für ihre Verwaltung erforderlichen Prozesse zu starten und mit der eventuellen Anstellung fortzuführen.

Die zur Verfügung gestellten Informationen werden nicht weitergegeben, sondern können ausschließlich in Übereinstimmung mit den geltenden Rechtsvorschriften und insbesondere im Rahmen der durch das D.P.R. Nr. 445/2000 u.f.Ä.E. vorgesehenen Kontrollen, an andere öffentliche oder private Subjekte, weitergegeben werden.

In jedem Fall werden alle Verarbeitungsvorgänge ausschließlich von speziell damit Beauftragten und Verantwortlichen durchgeführt. Die Namensliste wird auf Anfrage an die Datenschutzsteuerungsgruppe, bestehend aus dem Datenschutzreferenten und dem Data Protection Officer, zur Verfügung gestellt; die Anfrage kann per E-Mail an die E-Mail-Adresse privacy@sabes.it oder per Einschreiben, adressiert an den rechtlichen Sitz des Rechtsinhabers, Sparkasse-Str. n. 4, 39100 Bozen, gestellt werden.

Als betroffene Person können Sie auch jederzeit die in Art. 15 der Europäischen Verordnung 2016/679 genannten Rechte ausüben, indem Sie sich direkt an die Datenschutzsteuerungsgruppe wenden und eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einreichen, wenn Sie glauben, dass Ihre Daten in einer Weise verarbeitet werden, die nicht der geltenden Gesetzgebung entspricht.

Für weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten konsultieren Sie bitte die Allgemeinen Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Bereich "Datenschutz" der Website www.sabes.it.

Die Unterzeichnung der gegenständlichen Bewerbung mit den Ersatzerklärungen laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 unterliegt dann nicht der Beglaubigung, wenn die Bewerbung in Anwesenheit des dieses in Empfang nehmenden zuständigen Beamten unterzeichnet wird, bzw. wenn die Bewerbung samt einer ebenfalls nicht beglaubigten Fotokopie des Personalausweises des/der Bewerbers/in eingereicht wird.

DEM AMT VORBEHALTEN:

- Zugangsvoraussetzungen erfüllt;
 Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllt, da: _____

Anlage 1

Verzeichnis der der Bewerbung beigelegten Dokumente:

| | |
|-----|--|
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |
| 4) | |
| 5) | |
| 6) | |
| 7) | |
| 8) | |
| 9) | |
| 10) | |
| 11) | |
| 12) | |
| 13) | |
| 14) | |
| 15) | |

Sich der vorgesehenen Strafen bewusst, welche im Falle falscher Erklärungen gegen Sie/Ihn angewandt werden (laut D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, Artikel 76) auf eigene Verantwortung erklärt Sie/Er, dass die Fotokopien, die zusammen mit dieser Auflistung beigelegt sind, den Originalen in meinem Besitze entsprechen

Datum und Unterschrift

Name und Nachname _____

Bei folgender Öffentlicher Verwaltung Dienst leisten/ Dienst geleistet zu haben (der Dienst bei diesem Gesundheitsbezirk ist nicht anzugeben; es ist ausreichend Punkt 4 anzukreuzen)

| Körperschaft / Verwaltung | Zeitraum | Berufsbild | Funktions- ebene | Art des Arbeitsverhältnis (befristet, unbefristet, Freiberufler, Mitarbeit, usw.) | Arbeitszeitverhältnis (Voll- oder Teilzeit mit Prozentsatz, Gesamtanzahl der Stunden für Freiberufler) |
|---------------------------|--|------------|---------------------|--|---|
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |

EVENTUELLE WARTESTÄNDE ODER UNTERBRECHUNGEN SIND GENAU ANZUGEBEN

| | | |
|--------|-----|-----|
| Grund: | vom | bis |
| Grund: | vom | bis |

Datum und Unterschrift: _____

Ersatzerklärungen laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Name und Nachname _____

Bei folgendem Privaten Arbeitgeber Dienst leisten / Dienst geleistet zu haben:

| Arbeitgeber / Firma | Zeitraum | Berufsbild | Funktions- ebene | Art des Arbeitsverhältnis (befristet, unbefristet, Freiberufler, Mitarbeit, usw.) | Arbeitszeitverhältnis (Vollzeit oder Teilzeit mit Prozentsatz) |
|----------------------------|--|-------------------|-----------------------------|--|---|
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |
| | Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr) | | | | |

EVENTUELLE WARTESTÄNDE ODER UNTERBRECHUNGEN SIND GENAU ANZUGEBEN

| | | |
|--------|-----|-----|
| Grund: | vom | bis |
| Grund: | vom | bis |

Datum und Unterschrift: _____

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO QUADRIENNALE DI:

**DIRETTORE/DIRETTRICE DELL'UFFICIO
SERVIZI ALBERGHIERI E CONTROLLO SERVIZI IN APPALTO**

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Timbro di pervenuto | Riservato all'ufficio |
|---------------------|-----------------------|

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente domanda di ammissione nonché i documenti allegati sono soggetti alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico.

Qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade da tutti i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tale dichiarazione,

| | |
|----------------------|-----------------|
| Il/La sottoscritto/a | |
| nato a | il |
| domiciliato/a a | (prov.) C.A.P. |
| Via | n. |
| codice fiscale | |

fa domanda per il posto succitato

ed a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

| |
|---|
| 1) <input type="checkbox"/> di essere cittadino/a italiano/a/, o cittadino/a del seguente stato membro dell'UE: _____ <input type="checkbox"/> altro, avente diritto ai sensi del art. 38 del D.Lgs n. 165/2001: _____ allegare documento che attesti il diritto di cui sopra (es. permesso di soggiorno,...) |
| 2) <input type="checkbox"/> di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ <input type="checkbox"/> di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune per i seguenti motivi _____ _____ |

3) di non avere mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;
 di essere sottoposto al seguente procedimento penale: _____
 di aver riportato le seguenti condanne penali: _____
(sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale)

4) di prestare o di aver prestato servizio presso il Comprensorio sanitario di Bolzano;

5) di non essere mai stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni
 di essere stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per il seguente motivo: _____;

6) (solo per candidati maschili): di aver assolto gli obblighi militari:
 servizio militare servizio civile dal _____ al _____
 di **non** aver assolto gli obblighi militari per il seguente motivo: _____

7) di possedere l'idoneità fisica all'impiego;

8) di appartenere ad una delle categorie di cui all'art. 1 della legge n. 68 del 12.03.1999 dalla data _____ (ultimo aggiornamento) percentuale _____

9) di essere in possesso/a del seguente attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca rilasciato in data _____ dall'ufficio Esami di Bi-Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano
 C1 (ex livello A) B2 (ex livello B) B1 (ex livello C) A2 (ex livello D)

10) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio
Elencare i titoli di studio richiesti per l'ammissione al concorso, nonché eventuali ulteriori (es. licenza di scuola elementare, diploma di scuola media, attestato di qualificazione professionale di ..., superamento classi intermedie, diploma di maturità di ..., diploma di specializzazione ..., superamento anni/esami universitari, diploma di laurea breve in ..., diploma di laurea in ...), l'istituto presso il quale sono stati conseguiti, l'anno di conseguimento, la relativa durata, e la città della scuola/istituto ..

| Titolo | scuola/istituto/istituzione | anno | durata ufficiale | Città |
|--------|-----------------------------|------|------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

11) di essere in possesso del riconoscimento italiano del diploma conseguito all'estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente _____ con data _____ o

domanda di riconoscimento inoltrata il giorno _____ al seguente ente _____)

12) che tutte le comunicazioni relative alla domanda o ad un'eventuale assunzione dovranno essere fatte esclusivamente al seguente indirizzo o indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): _____ (PEC)

Via _____ n. _____

Località _____ C.A.P. _____ n.. tel. _____ / _____

13) ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D.P.R. n. 752 del 26.07.1976, intende sostenere il colloquio in lingua:

italiana

tedesca

Certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici (vedi punto 4 lettera b) del bando di concorso)
Per le candidate/i candidati non residenti in Provincia di Bolzano:

La/ll sottoscritta/o dichiara di non essere residente in Provincia di Bolzano ed intende pertanto avvalersi del diritto di rendere la dichiarazione di appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici e di presentare la relativa certificazione fino all'inizio della prima prova concorsuale

Data _____

Firma _____

_____, responsabile impiegato/a conferma per la ricevuta, che la domanda è stata firmata in sua presenza e che il candidato/a, che ha presentato/a la domanda, è stato/a identificato/a con _____.

Firma dell'incaricato: _____

In ogni caso alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- Fotocopia di una carta d'identità valida
- Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato

- Al posto degli originali il sottoscritto allega alla presente domanda nr. _____ copie dei documenti descritti nell'elenco precedente.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2013/679, La informiamo che i dati da Lei conferiti e raccolti da parte della Titolare, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, verranno trattati al fine esclusivo dell'attivazione e gestione delle procedure collegate all'eventuale assunzione ed alle attività ed obblighi ad essa connessi.

Nello specifico, i dati richiesti risultano necessari a questa Amministrazione per trattare la Sua domanda ed il loro mancato conferimento non permetterà di avviare i processi indispensabili per la sua gestione e di procedere con l'eventuale assunzione.

Le informazioni fornite non saranno diffuse ma potranno, invece, essere comunicate ad altri soggetti, di natura pubblica o privata, esclusivamente nel rispetto della normativa vigente ed, in particolare, nell'ambito dei controlli previsti dal D.P.R. n. 445/2000 succ. mod. ed int.

Tutte le operazioni di trattamento sono in ogni caso eseguite esclusivamente da soggetti appositamente designati Incaricati e Responsabili. L'elenco nominativo è reso disponibile previa richiesta alla Cabina di Regia Privacy, composta dalla Referente Privacy e dal Data Protection Officer, contattabili inviando una mail all'indirizzo di posta elettronica privacy@sabes.it ovvero a mezzo lettera raccomandata presso la sede legale della Titolare, in via Cassa di Risparmio n. 4, 39100 Bolzano.

In qualità di persona Interessata Lei può inoltre in ogni momento esercitare i diritti indicati dall'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679, rivolgendosi direttamente alla Cabina di Regia Privacy e proporre reclamo al Garante Privacy qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei Suoi dati personali può consultare l'Informativa generale sul trattamento dei dati personali presente nella sezione "privacy" della pagina web www.sabes.it.

La sottoscrizione della presente domanda con le dichiarazioni sostitutive ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 non deve essere autenticata, sé la presente domanda viene sottoscritta davanti al responsabile impiegato, risp. sé la domanda viene consegnata accompagnata da una fotocopia della carta d'identità del candidato

RISERVATO ALL'UFFICIO:

corrisponde ai requisiti di accesso;

non corrisponde ai requisiti di accesso, poichè: _____

Elenco dei documenti allegati:

| | |
|-----|--|
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |
| 4) | |
| 5) | |
| 6) | |
| 7) | |
| 8) | |
| 9) | |
| 10) | |
| 11) | |
| 12) | |
| 13) | |
| 14) | |
| 15) | |

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci sotto la propria responsabilità che le fotocopie presentate unitamente all'istanza ed indicate nel elenco di cui sopra sono conformi all'originale in mio possesso

Data e firma

Allegato 2**Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**

Nome e Cognome _____

Di aver / di prestare servizio presso i seguenti enti pubblici :(non serve indicare il servizio presso questo Comprensorio, è sufficiente barrare punto 4)

| Ente pubblico | Periodo | Profilo professionale | Qualifica funzionale | Rapporto di lavoro (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore...) | Orario di lavoro (tempo pieno o part-time con percentuale, numero complessivo delle ore per liberi professionisti) |
|----------------------|---|------------------------------|-----------------------------|--|--|
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

| | | |
|---------|-----|----|
| motivo: | dal | al |
| motivo: | dal | al |

Data e firma: _____

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Nome e Cognome _____

di aver / di prestare servizio presso i seguenti datori di lavoro privati:

| Datore di lavoro/ditta | periodo | profilo professionale | qualifica funzionale | rapporto di lavoro (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore, ecc.) | Orario di lavoro (tempo pieno o part-time con percentuale) |
|-------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|---|--|
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |
| | dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno) | | | | |

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

| | | |
|---------|-----------|----------|
| motivo: | dal _____ | al _____ |
| motivo: | dal _____ | al _____ |

Data e firma: _____