Illustrissimo Direttore s.c. Gestione e sviluppo risorse umane

Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori”

Via Venezian, 1 - **20133 MILANO**

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.n. \_\_\_\_

C.A.P \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di poter partecipare all’avviso pubblico, per titoli e colloquio per **n. 1 posto a tempo determinato per un anno di Dirigente Tecnico Analista da assegnare alla s.c. Data Science.**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti ed uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato decreto, quanto segue:

* di essere cittadino italiano, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o cittadino di uno dei paesi dell’Unione Europea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver subito condanne penali (oppure):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del seguente titoli di studio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere in possesso di:

Cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità prestato in Enti del Servizio Sanitario Nazionale nella posizione funzionale di settimo e ottavo livello, ovvero in qualifiche funzionali di settimo, ottavo e nono livello di altre pubbliche amministrazioni, ovvero cinque anni di attività lavorativa di natura libero – professionale, o di attività coordinata e continuata presso enti o pubbliche amministrazioni, o di attività presso studi professionali privati, società o istituti di ricerca, aventi contenuto analogo a quello previsto per il presente profilo:

* di aver prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni come segue:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e che la risoluzione dei precedenti rapporti è stata determinata dalle seguenti cause: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall’impiego presso la Pubblica Amministrazione;
* di trovarsi nella seguente condizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di appartenere a categorie con diritto a preferenza ai sensi della normativa statale:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* che i documenti allegati alla presente istanza, numerati da 1 a \_\_\_\_\_\_, sono conformi agli originali, ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Il sottoscritto chiede che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ad esonerando la Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori” da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità: via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a esprime altresì il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli cosiddetti “sensibili” in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell’ambito delle finalità del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

------------------------------------

Atti n. 1.4.02/435/2024