

ALLEGATO B

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

ARTT. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

N.B.: apporre una croce sui quadrati di interesse e/o sbarrare le dichiarazioni non di interesse

La/Il sottoscritta/o _____ (F / M)
cognome _____ nome _____ (barrare la dizione di interesse)

Nata/o a _____ () il ____ / ____ / ____
luogo (Comune o Stato estero) prov data di nascita

Residente a _____ ()
residenza anagrafica

Via _____ n. civico _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ Cellulare _____
pref. numero

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di avere prestato i seguenti servizi:

- di ruolo (indicare le date precise di servizio a tempo INDETERMINATO nel ruolo e profilo professionale corrispondente a quello di assunzione presso l'Azienda Ospedaliera di Terni svolto presso Enti/Aziende del S.S.N. o altre Pubbliche Amministrazioni)

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

- non di ruolo (indicare le date precise di servizio a tempo DETERMINATO nel ruolo e profilo professionale corrispondente a quello di assunzione presso l'Azienda Ospedaliera di Terni svolto presso Enti/Aziende del S.S.N. o altre Pubbliche Amministrazioni-NO lavoro in somministrazione)

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____

➤ di aver conseguito presso altri Enti/Aziende del S.S.N. o altre Pubbliche Amministrazioni le seguenti progressioni economiche nel ruolo e profilo professionale corrispondente a quello di assunzione presso l'Azienda Ospedaliera di Terni:

- fascia economica _____ il ___ / ___ / ___ presso _____

- fascia economica _____ il ___ / ___ / ___ presso _____

- fascia economica _____ il ___ / ___ / ___ presso _____

- fascia economica _____ il ___ / ___ / ___ presso _____

Altro da dichiarare

Si allega copia documento identità in corso di validità.

Data

La/Il dichiarante
