

TITOLI DI SERVIZIO

PERTINENTI CON IL PROFILO PROFESSIONALE RICHIESTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A				
COGNOME		NOME		CODICE FISCALE
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		CITTADINANZA
TELEFONO CELLULARE		POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)		
TELEFONO FISSO		POSTA ELETTRONICA ORDINARIA		
RESIDENZA				
PROVINCIA	COMUNE	INDIRIZZO	CIVICO	CAP

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

di aver prestato i seguenti servizi:

Servizi, di ruolo e non di ruolo, prestati alle dipendenze presso Comuni, Province, Città Metropolitane, Comunità Montane, Comunità Isolane e Unioni dei Comuni, loro consorzi, Asl., Stato, Regioni o altri Enti pubblici nonché i servizi prestati ed utili per l'iscrizione all'Albo professionale:

<i>Ente Datore di Lavoro (denominazione)</i>	<i>Tipologia Contrattuale</i>	<i>Periodo prestazione (data inizio e fine)</i>	<i>Profilo professionale / qualifica rivestita</i>	<i>Part / Full Time</i>

**** Servizi prestati alle dipendenze di aziende private:**

Ente Datore di Lavoro (denominazione)	Tipologia Contrattuale	Periodo prestazione (data inizio e fine)	Profilo professionale / qualifica rivestita	Part / Full Time

**** I servizi prestati presso le Aziende private, datore di lavoro, di cui al punto 2) devono essere debitamente certificati dall'Ente pena la non valutabilità.**

Luogo e data _____

Firma del/della dichiarante
