

Ascoli Piceno li _____

Spett.le

CIIP Spa
c.a. Responsabile Servizio Personale
Viale della Repubblica, 24
63100 ASCOLI PICENO

Oggetto: Selezione per esami a posti zero per la formazione di una graduatoria di idonei per l'eventuale assunzione a tempo determinato, per anni uno, con possibile trasformazione a tempo indeterminato, di personale con il profilo di "Addetto Esperto Informatico" Livello 5° – CCNL Gas Acqua. Sede di Lavoro: Sede Centrale Ascoli Piceno - Centro Zona di Fermo:
Autocertificazione dell'esperienza professionale maturata (almeno 12 mesi).

Il/La sottoscritto/a ¹ _____

nato/a il ___/___/_____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ residente in via _____

_____ n. _____ città _____

Telefono _____ cellulare _____ e-mail ² _____

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. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.,

DICHIARA CHE

possiede un'esperienza professionale di³ _____ maturata nel settore informatico, anche in modo non continuativo, sia riguardo al software che all'hardware, presso i seguenti datori di lavoro:

Ditta _____

Sede _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Qualifica: _____;

dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____ inquadrato con il Livello _____ del CCNL _____;

dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____ inquadrato con il Livello _____ del CCNL _____;

----- ° -----

¹ Scrivere in stampatello ed in maniera leggibile;

² A pena di esclusione è obbligatorio indicare la mail per poter ricevere tutte le comunicazioni inerenti la selezione

³ Inserire il periodo complessivamente maturato di esperienza professionale.

Ditta _____

Sede _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Qualifica: _____

dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____ inquadrato con il Livello _____ del
CCNL _____;

dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____ inquadrato con il Livello _____ del
CCNL _____;

-----°-----

Ditta _____

Sede _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Qualifica: _____

dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____ inquadrato con il Livello _____ del
CCNL _____;

dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____ inquadrato con il Livello _____ del
CCNL _____;

-----°-----

Luogo e data _____ li ___ / ___ / _____

In fede⁴

Allegato:

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

⁴ A pena di esclusione la dichiarazione va sottoscritta e datata allegando copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.