



Cicli Integrati Impianti Primari spa

Capitale Sociale € 4.883.340,00 i.v.
Viale della Repubblica, 24
63100 Ascoli Piceno
C.F.-P.I. e n. iscr. R.I. di AP 00101350445
tel +39 0736 2721 fax +39 0736 272222
Numero Verde 800-216172
www.ciip.it e-mail: info@ciip.it
PEC: servizio.protocollo@pec.ciip.it



Ascoli Piceno li _____

Class.:

Spett.le
CIIP Spa
c.a. Responsabile
Servizio Risorse Umane ed Organizzazione
Viale della Repubblica, 24
63100 ASCOLI PICENO

Oggetto: Selezione per titoli ed esami per la formazione di una graduatoria di idonei per la eventuale assunzione a tempo determinato, per anni uno, prorogabile fino a 36 mesi, di personale con profilo di "ADDETTO ESPERTO CONTABILITA'/CONTROLLO DI GESTIONE" LIVELLO 5° – CCNL UNICO DI SETTORE GAS ACQUA vigente pro tempore. Sede di Lavoro: Ascoli Piceno, Viale Repubblica n. 24: **Autocertificazione.**

Il/La sottoscritto/a ¹ _____

nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ ed è residente in via _____

_____ n. ____ città _____

CAP _____ Stato civile _____ 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

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio³:

di aver conseguito le seguenti abilitazioni professionali⁴:

¹ Scrivere in stampatello;

² Obbligatorio per ricevere tutte le comunicazioni inerenti la selezione

³ Indicare: titolo, data del conseguimento, Università, votazione. In difetto delle informazioni richieste non sarà valutato.

⁴ indicare data del conseguimento, Ordine Professionale. In difetto delle informazioni richieste non sarà valutato.

di aver effettuato i seguenti Corsi di aggiornamento inerenti la mansione da ricoprire⁵:

di aver maturato la seguente esperienza professionale nelle materie indicate nell'avviso di selezione di che trattasi al punto 4 dell'art. 2:

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale⁶ _____

Periodo⁷ dal ____/____/____ al ____/____/____;

⁵ indicare Oggetto del corso, Ente Formativo, durata in ore del corso di formazione, eventuale valutazione o prova finale del corso di formazione. In difetto delle informazioni richieste non sarà valutato.

⁶ Indicare ad es. lavoro dipendente; collaborazione professionale; stage; tirocinio per l'esercizio della professione di Dottore Commercialista e/o degli Esperti Contabili.

⁷ Indicare il periodo in modo che possa essere verificabile il possesso o meno dei tre anni di esperienza professionale. In difetto il periodo non sarà valutato.

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale _____

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____ - _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale _____

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____ - _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale _____

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____ - _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale _____

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____ - _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale _____

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____ - _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale _____

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

Azienda/studio professionale: _____

Sito in via _____ Città _____ - _____

Codice Fiscale/Partita IVA n. _____ telefono _____

Tipo del rapporto professionale _____

Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

Luogo e data _____ lì ____/____/____

In fede⁸

⁸ A pena di invalidità la dichiarazione va sottoscritta e datata