

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 la formazione di una graduatoria di idonei per la eventuale assunzione a tempo determinato, per anni uno, prorogabile fino a 24 mesi, di personale con profilo di "OPERATORE DI MAGAZZINO" LIVELLO 2° – CCNL SETTORE GAS ACQUA vigente pro tempore. Sede di Lavoro: Centri Zona di Ascoli Piceno, Fermo e San Benedetto del Tronto: **Autocertificazione dell'esperienza professionale maturata (almeno 6 mesi).**

Il/La sottoscritto/a ¹ _____

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

Codice Fiscale _____ ed è 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 di ³ _____ maturata, anche in modo non continuativo, in un magazzino a servizio di attività di tipo industriale e/o commerciale con la/e seguente/i ditta/e con almeno 15 dipendenti:

Ditta _____

Sede _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Qualifica: _____;

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.

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 _____;

----- ° -----

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 _____ lì ____ / ____ / ____

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.