

Ascoli Piceno li _____

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

Oggetto: Selezione per esami per la formazione di tre graduatorie di idonei per la eventuale copertura a tempo determinato, per anni uno, prorogabile fino a 24 mesi, di posti di "OPERAIO SPECIALIZZATO ELETTROMECCANICO" LIVELLO 2° – CCNL GAS ACQUA vigente pro tempore. Sedi di Lavoro: Centro Zona di Ascoli Piceno e/o Comunanza; Centro Zona di Fermo; Centro Zona di San Benedetto del Tronto: **Autocertificazione degli anni di esperienza professionale maturati (almeno due) nella qualifica posseduta.**

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

è stato alle dipendenze della/e ditta/e sotto indicata/e:

Ditta _____

Sede _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Qualifica³: _____;

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 Indicare solo una qualifica coerente con il diploma posseduto come da art. 2 punto 3 dell'Avviso di selezione.

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 _____;

----- ° -----

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 _____;

----- ° -----

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.