



ALLEGATO A

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Politiche e Giuridiche  
**Piazza XX Settembre n. 1/4**  
98122 Messina

**Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA PER TITOLI E COLLOQUIO PER L'INDIVIDUAZIONE DI N. 1 COORDINATORE DI PROGETTO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA OPERATIVO NAZIONALE PON INCLUSIONE ATTIVA (SIA)**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI**

Il/la

sottoscritto/a.....

...

nato/a a ..... prov. ....

il.....

residente a.....prov.

.....c.a.p..... in

Via..... n.....,

affidente alla Struttura .....

.....

Tel: ..... Fax: ..... E-mail:

.....

attualmente nella categoria e area .....



chiede di essere ammesso/a alla procedura di ricognizione interna ai fini dell'individuazione di personale Tecnico Amministrativo dell'Ateneo, per lo svolgimento dell'attività di coordinatore di progetto a valere nell'ambito del PON SIA nel rispetto della disciplina delle mansioni prevista dall'art. 52 del D.Lgs. 165/2001.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1) di essere in possesso del seguente titolo di studio

.....conseguito il .....presso  
 ..... con votazione  
 .....

2) che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero.

E' a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs 30.6.2003, n. 196, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura.

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

.....  
 .....  
 .....

Telefono n.....

Indirizzo e-mail .....



Allega:

- Autorizzazione del proprio Responsabile di Struttura
- Curriculum vitae datato e firmato;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento.

data .....

firma.....

**SPAZIO PER L'AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA**

Il sottoscritto ..... responsabile della struttura di  
afferenza del/la dott./dott.ssa/sig..... autorizza l'assegnazione del  
dipendente per ..... mesi presso il Centro/Dipartimento/ ....., senza ulteriore richiesta di  
sostituzione dello stesso.

Firma e Timbro

.....