



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA

__l__ sottoscritt _____
nat_ a _____ Prov. (____) il ___/___/_____
Cod. Fisc. _____

DICHIARA

di voler partecipare alla selezione pubblica, per titoli ed esami, per la copertura a tempo pieno ed indeterminato di n. 6 posti di Responsabile delle Attività Assistenziali (R. A. A.), Categoria giuridica ed economica C1, da assegnare ai Servizi Anziani - Direzione Servizi alle Persone, con riserva di posti ai volontari delle FF. AA. e al personale interno.

DICHIARA altresì

a tal fine,

- di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/00), ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;
- di aver preso visione dell'avviso di selezione oggetto della presente domanda e di accettare tutte le clausole in esso contenute.

__l__ sottoscritt_ autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196/2003, in quanto compatibile con la predetta normativa europea, ai fini della gestione della presente procedura.

Luogo e data

Firma¹

¹ Da sottoscrivere con firma autografa del/la candidato/a, pena l'esclusione dalla selezione.