

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA TITOLI DI SERVIZIO
PRESSO ALTRI ENTI/SOGGETTI PRIVATI**

ai sensi del DPR 445/00

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov _____ il _____
Residente in _____ prov. _____ via _____
C.F. _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____ PEC _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445 / 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Ente/ Soggetto/ Azienda	Tipo nomina	Ore settimanali	Dal	Al	Tot. Giorni	Qualifica	Livello	ANNO INTERO (riservato commissione)	MESI (riservato commissione)

Ente/ Soggetto/ Azienda	Tipo nomina	Ore settimanali	Dal	Al	Tot. Giorni	Qualifica	Livello	ANNO INTERO (riservato commissione)	MESI (riservato commissione)

TIPO NOMINA

TI: tempo indeterminato

TD: tempo determinato

SL: contratto di somministrazione lavoro

Il sottoscritto dichiara di essere disponibile, a fronte di richiesta, ad inviare certificazioni in originale.

Il sottoscritto dichiara inoltre di autorizzare l'Accademia di Belle Arti di Verona al trattamento dei propri dati personali ai sensi Regolamento (UE) 679/2016, nel rispetto della normativa richiamata e degli obblighi di sicurezza e riservatezza esclusivamente nell'ambito della presente procedura selettiva.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____