

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 _____