



Al Direttore del Dipartimento di Management
Corso Unione Sovietica 218 bis
10134 TORINO

Oggetto: Manifestazione di interesse l'individuazione di n. 1 unità di personale per attività di tutoraggio per il Master in Marketing, Sales & Digital Communication a.a. 2019/2020.
SELEZIONE INT. 06/2019

__l__ sottoscritt _____ (matr. _____),
nato/a _____ il _____
in servizio presso _____ (tel. _____)
E-mail _____ inquadrat
__ nella cat. _____ area _____

DICHIARA

A) di essere disponibile a prestare l'attività descritta nel bando SELEZIONE INT. n. 06/2019 del 25 ottobre 2019, durante l'orario di servizio e senza compensi aggiuntivi.

B) di essere in possesso del seguente Titolo di Studio

Rilasciato da _____ con la
votazione di ____ / _____ in data _____

C) di svolgere la seguente attività lavorativa:

D) di aver specificato nel curriculum vitae allegato al presente modulo la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale richiesta nel bando di selezione, nonché ogni altro elemento comprovante le capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

Telefono n. _____ e indirizzo e-mail: _____

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento e il nulla osta della struttura di appartenenza.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità DICHIARA sotto la sua personale responsabilità che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale in proprio possesso, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data, _____ Firma _____



NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DELLA DOTT.SSA/ DEL DOTT.
_____ AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA DELLA/DEL
DIPENDENTE PER _____ MESI PRESSO IL DIPARTIMENTO DI MANAGEMENT SENZA
ULTERIORE RICHIESTA DI SOSTITUZIONE.

DATA,

FIRMA E TIMBRO
