

**Alla Meridiana Cooperativa Sociale
Uffici Via Silone, 20
62100 Macerata**

___ sottoscritt ___ _____

nat ___ a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

tel.: _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di selezione pubblico per la copertura di n. 12 posti di:

**ADDETTO SERVIZIO DI VIGILANZA DINANZI AGLI ATTRAVERSAMENTI PEDONALI
IN PROSSIMITÀ DELLE SCUOLE PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO
DEL COMUNE DI MACERATA**

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03*

DICHIARA

- di avere un età di _____ anni
- di essere residente nel comune di Macerata
(*per i non comunitari*) di essere residente nel comune di Macerata dal _____
- (*cancellare l'espressione che non interessa*) di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali *ovvero* di avere riportato le seguenti condanne penali _____
- (*cancellare l'espressione che non interessa*) di non avere mai svolto servizio di vigilanza dinanzi agli attraversamenti pedonali *ovvero* di avere svolto servizio di vigilanza dinanzi agli attraversamenti pedonali, nei seguenti periodi:
dal _____ al _____ Comune di _____
dal _____ al _____ Comune di _____
dal _____ al _____ Comune di _____

- *(cancellare l'espressione che non interessa)* di avere a carico n. _____ figli minori ovvero di non avere figli minori a carico
- di possedere certificazione attestante l' idoneità psico-fisica allo svolgimento della mansione

Ogni comunicazione deve essere effettuata presso il seguente domicilio:

Nome _____ Via _____

Città _____ Cap. _____ Provincia _____

Tel. n. _____

Data _____

Firma _____

Si allegano:

Copia del documento di identità in corso di validità

Copia del certificato ISEE

Certificato medico (originale oppure in copia)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03* e

D I C H I A R A :

che le fotocopie relative al certificato ISEE, certificato medico e del documento di identità allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in possesso del/della sottoscritto/a.

Località e data _____

(firma del dichiarante)

per il candidato

Informativa Decreto Legislativo 196/03 art. 13 (privacy)*

- ✓ I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- ✓ il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- ✓ i dati non verranno comunicati a terzi;
- ✓ il conferimento dei dati è obbligatorio;
- ✓ la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la esclusione dalla procedura ;
- ✓ lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.L.vo 196/03, rivolgendosi all'indirizzo specificato.