**SCHEMA DI DOMANDA DI ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PER IL RUOLO NON DIRIGENZIALE
DELLA RICERCA SANITARIA E DELLE ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLA RICERCA SANITARIA**

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 - Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati UE 2016/679).

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato a _____
(____) il ____/____/____, residente in _____
(____) alla via _____ n° _____.

Recapito telefonico: _____

Indirizzo Email: _____

Indirizzo Pec: _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Con riferimento dall'art. 1, comma 432, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, che disciplina la procedura speciale di reclutamento per l'accesso al ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria presso gli IRCCS pubblici e gli IZS (cd. Piramide della Ricerca), come modificato dall'art. 25, comma 4, del decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162, di essere in possesso dei requisiti di cui al succitato articolo 1, comma 432 e s.m.i., così come di seguito specificati:

Indicare l'Ente dove ha prestato l'attività	Specificare la natura del contratto: borsa di studio o rapporto di lavoro flessibile.	Indicare il periodo di servizio prestato	Specificare l'attività prestata: <i>Ricerca sanitaria e/o</i> <i>Attività di supporto alla ricerca</i>

CHIEDE

l'assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato per la durata di cinque anni presso codesto istituto.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Alla presente allega documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)