

Alla Segreteria generale del Consiglio regionale F.V.G.

PEC: consiglio@certregione.fvg.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER TIROCINIO

Il sottoscritto (*)

(*) dati obbligatori

COGNOME :

NOME :

CODICE FISCALE :

DATA DI NASCITA :

LUOGO DI NASCITA :

Dati di residenza (*)

INDIRIZZO :

CITTA' :

Dati di eventuale domicilio, se diverso dalla residenza

INDIRIZZO :

CITTA' :

Contatti (*)

TELEFONO O CELLULARE :

E-MAIL :

PEC :

Manifesta il proprio interesse allo svolgimento di un tirocinio curriculare presso codesto Consiglio regionale per il seguente motivo. (si descriva il proprio interesse diretto e concreto)

Dichiara (*)

1) di essere iscritto/a al corso di laurea (scegliere una delle seguenti opzioni):

- LAUREA TRIENNALE
- LAUREA MAGISTRALE
- LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO

Dati Universitari:

CORSO :

ANNO DI CORSO :

PRESSO L'UNIVERSITA' DI :

NUMERO DI MATRICOLA :

DIPARTIMENTO DI :

2) che il corso di studi (scegliere una delle seguenti opzioni):

- PREVEDE
- NON PREVEDE

lo svolgimento di tirocinio curriculare finalizzato al conseguimento di:

Indicare il numero di crediti formativi :

Indicare il numero di ore di tirocinio riferiti ai crediti formativi :

3) si dichiara inoltre di (scegliere una delle seguenti opzioni):

- AVERE
- NON AVERE

frequentato un corso di formazione generale sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro messo a disposizione dall'Università degli studi.

4) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

- 5) di essere consapevole del fatto che le dichiarazioni contenute nella presente domanda e quelle contenute nel Curriculum Vitae allegato alla stessa, sono rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali prevista dall'articolo 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi.

ALLEGA : (*)

- Curriculum Vitae (CV)
- Fotocopia fronte e retro di un valido documento di identità personale
- Attestato del corso di formazione generale sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (se frequentato)

(*)

LUOGO :

DATA :

FIRMA :