

**Allegato A: Autocertificazione dei titoli**

**Selezione per titoli ed esami per l'assunzione a tempo indeterminato di n° 1 NECROFORO/OPERAIO  
GENERICO a tempo determinato eventualmente rinnovabile a tempo indeterminato**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art.76 del DPR n.445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di uso di documenti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli Artt. 46 e 47 dello stesso DPR n. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti titoli e di aver conseguito la seguente esperienza:

**ESPERIENZA LAVORATIVA:**

*indicare l'esperienza lavorativa maturata nelle mansioni proprie del profilo professionale in oggetto, COMPRENSIVA dei 12 MESI (1 anno) a partire dal 01 Gennaio 2016 indicati, come requisito di partecipazione alla selezione (vedi Avviso di Selezione)*

Attività lavorativa svolta in mansioni oggetto del profilo maturata dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Full Time  Part Time  ( indicare il numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_  
c/o presso cimiteri comunali o strutture sanitarie dotate di camere mortuaria (INSERIRE NOME AZIENDA):  
\_\_\_\_\_

Descrizione attività/mansioni:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attività lavorativa svolta in mansioni oggetto del profilo maturata dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Full Time  Part Time  ( indicare il numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_  
c/o presso cimiteri comunali o strutture sanitarie dotate di camere mortuaria (INSERIRE NOME AZIENDA):  
\_\_\_\_\_

Descrizione attività/mansioni:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attività lavorativa svolta in mansioni oggetto del profilo maturata dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Full Time  Part Time  ( indicare il numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_  
c/o presso cimiteri comunali o strutture sanitarie dotate di camere mortuaria (INSERIRE NOME AZIENDA):  
\_\_\_\_\_

Descrizione attività/mansioni:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attività lavorativa svolta in mansioni oggetto del profilo maturata dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Full Time  Part Time  (indicare il numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

c/o presso cimiteri comunali o strutture sanitarie dotate di camere mortuaria (INSERIRE NOME AZIENDA):

Descrizione attività/mansioni:

Attività lavorativa svolta in mansioni oggetto del profilo maturata dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Full Time  Part Time  (indicare il numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

c/o presso cimiteri comunali o strutture sanitarie dotate di camere mortuaria (INSERIRE NOME AZIENDA):

Descrizione attività/mansioni:

Attività lavorativa svolta in mansioni oggetto del profilo maturata dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Full Time  Part Time  (indicare il numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

c/o presso cimiteri comunali o strutture sanitarie dotate di camere mortuaria (INSERIRE NOME AZIENDA):

Descrizione attività/mansioni:

Attività lavorativa svolta in mansioni oggetto del profilo maturata dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Full Time  Part Time  (indicare il numero di ore settimanali \_\_\_\_\_ )

Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

c/o presso cimiteri comunali o strutture sanitarie dotate di camere mortuaria (INSERIRE NOME AZIENDA):

Descrizione attività/mansioni:

NB: aggiungere esperienze se necessario

## CORSI DI FORMAZIONE o ALTRE PATENTI SUPERIORI ALLA C

(Di seguito indicare i corsi di formazione svolti **attinenti al profilo professionale messo a selezione** (come specificato nell'Avviso di selezione) indicando date (**giorno/mese/anno**), durata e se il corso prevedeva un esame finale:

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

**Titolo Corso** \_\_\_\_\_

svolto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. ore complessive \_\_\_\_\_ con esame finale  Si  No

La presente dichiarazione è composta da n. \_\_\_\_ pagine stampate solo sul fronte dove sono stati dichiarati complessivamente n. \_\_\_\_ TITOLI DI SERVIZIO e n. \_\_\_\_ CORSI DI FORMAZIONE

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_