

Cod.: 220 ASS

All' Agenzia delle Entrate
Direzione Centrale del Personale
Ufficio Selezione e Inserimento
Via Giorgione, 159
00147 Roma

...I...sottoscritt.....nat...il.../.../.....a.....
..... prov. (...) codice fiscale, chiede di partecipare alla procedura selettiva pubblica per l'assunzione a tempo indeterminato di complessive 220 unità per la seconda area funzionale, fascia retributiva F3, profilo professionale assistente, per attività amministrativo – tributaria, da destinare ai Centri Operativi di Cagliari e Venezia e ai Centri di Assistenza Multicanale di Cagliari, Pescara, Torino e Venezia.

Dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, che:

- a) è cittadino... italian...;
- b) è residente nel comune di (provincia di)
- c) è iscritt... nelle liste elettorali del comune di
- d) non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso;
oppure ha riportato le seguenti condanne penali:
.....;
oppure ha i seguenti procedimenti penali in corso:
.....;
- e) è in possesso del diploma di scuola media superiore di secondo grado di durata quinquennale
..... conseguito il (indicare giorno, mese ed anno) presso l'Istituto con la votazione di;
eventuale altro titolo di studio di grado superiore:
..... conseguito in data presso con la votazione di
- f) non è stato interdetto dai pubblici uffici né è stato destituito o dispensato ovvero licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione né è stato dichiarato decaduto da un impiego statale a seguito dell'accertamento che l'impiego stesso è stato conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- g) è, nei riguardi degli obblighi imposti dalle leggi sul reclutamento militare, nella seguente posizione

- h) possiede l' idoneità fisica all'impiego (se portatore di handicap, specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap e l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove di esame, con idonea documentazione sanitaria dell' Azienda sanitaria locale):

;
- i) appartiene alle categorie riservatarie previste all'art. 7, comma 2, della legge n. 68/1999 e dagli artt. 1014, comma 3, e 678, comma 9, del d. lgs. 66/2010:
;
- j) è in possesso del/i titolo/i di preferenza di cui all'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994:
;
- k) la lingua straniera scelta, per la verifica da effettuare in sede di prova orale, è la seguente:
 (indicare una lingua tra francese, inglese, spagnolo e tedesco);
- l) autorizza l' Agenzia al trattamento dei propri dati personali ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 per le finalità connesse e strumentali allo svolgimento della presente procedura.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a segnalare le eventuali variazioni successive, e riconosce che l' Agenzia non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

Indirizzo Comune Prov.
 C.A.P Recapito telefonico
 Indirizzo e-mail

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma

Note:

- I dati devono essere dattiloscritti o indicati in carattere stampatello.
- Sulla busta o nell'oggetto della mail, in caso di invio tramite PEC, deve essere indicato il codice identificativo del concorso cod. 220 ASS.