

**ALLEGATO A1 - SERVIZI PREGRESSI PRESSO AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE**

Il/La sottoscritto/a

**NOME** \_\_\_\_\_ **COGNOME** \_\_\_\_\_ **CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di cui artt.46, 47 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445 dichiara che quanto indicato con riferimento ad incarichi ed esperienze professionali nella tabella che segue corrisponde al vero

ENTE	QUALIFICA	PERIODO		ASPETTATIVE O ALTRI MOTIVI DI INTERRUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO		
		Dal	Al	Dal	Al	Causa

CAUSA CESSAZIONE DAL SERVIZIO	TIPO DI RAPPORTO (barrare la casella)		
	T.I.	T.D.	Altro specificare tipologia prestazione

Data \_\_\_\_\_

firma leggibile \_\_\_\_\_