Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) …….....,

nato/a a ....., il ....., dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., di aver diritto alla riserva di posti in quanto dipendente del CNR – Istituto di Cristallografia.

Luogo e data …….

Firma

….……..