

**CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE**  
 REDATTO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445

**DATI PERSONALI**

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Telefono	

**STUDI****a) Diploma**

Diploma di maturità in	
Presso	
Conseguito in data	
Votazione	...../.....

**b) Eventuale altro titolo di studio posseduto**

Laurea (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Triennale	<input type="checkbox"/> Vecchio ordinamento	<input type="checkbox"/> Magistrale o Specialistica
In			
Presso università di			
Conseguito in data			
Votazione	...../.....		

**ESPERIENZE LAVORATIVE****c) *Precedenti esperienze nell'ambito di indagini promosse dall'ISTAT, da un Comune dell'Unione delle Terre d'Argine ovvero da altro ente pubblico***

Ente	
Indirizzo completo	

Periodo: dal _ al	
Ruolo (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Rilevatore <input type="checkbox"/> Coordinatore
Ente	
Indirizzo completo	
Periodo: dal _ al	
Ruolo (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Rilevatore <input type="checkbox"/> Coordinatore

Ente	
Indirizzo completo	
Periodo: dal _ al	
Ruolo (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Rilevatore <input type="checkbox"/> Coordinatore

Ente	
Indirizzo completo	
Periodo: dal _ al	
Ruolo (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Rilevatore <input type="checkbox"/> Coordinatore

***d) Altre esperienze lavorative nel settore della statistica e della raccolta dati***

Tipo ente (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Ente appartenente al SISTAN <input type="checkbox"/> Ente privato
Nome ente	
Indirizzo completo	
Periodo: dal _ al	
Ruolo/Mansioni	

Tipo ente (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Ente appartenente al SISTAN <input type="checkbox"/> Ente privato
Nome ente	
Indirizzo completo	
Periodo: dal _ al	
Ruolo/Mansioni	

Tipo ente (barrare la casella che interessa)	<input type="checkbox"/> Ente appartenente al SISTAN	<input type="checkbox"/> Ente privato
Nome ente		
Indirizzo completo		
Periodo: dal _ al		
Ruolo/Mansioni		

**e) Titoli di abilitazione informatica**

Titolo, attestato o certificato	
Rilasciato da	
Conseguito in data	

Titolo, attestato o certificato	
Rilasciato da	
Conseguito in data	

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale prevista, dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara che le informazioni sopra riportate sono veritiere. Con la sottoscrizione della presente consente altresì il trattamento dei dati personali nel rispetto dell'art.13 del R.G.P.D. 2016/679 e nelle forme previste dall'Avviso di selezione.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_