Al Ministero della Giustizia
Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale della Campania
Napoli

Oggetto: Progetto Supporto Psicologico al Personale di Polizia Penitenziaria Regione Campania

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____,residente in _____ (Prov. ____)
Via _____ C.F. _____
num. telefonico _____, pec _____
Tipo documento di identità (carta identità, patente guida, etc.) _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____

col presente atto indica di seguito le sedi presso le quali si impegna a prestare la propria attività professionale di cui al bando n. _____ del _____ del P.R.A.P. di Napoli:

CC ARIANO IRPINO	
CC ARIENZO	
CC AVELLINO- ICAM LAURO	
CC BENEVENTO	
CC NAPOLI POGGIOREALE	
CC SANTA MARIA C.V.	
CP NAPOLI SECONDIGLIANO	
CR AVERSA	
CR CARINOLA	
CR SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	
ICATT EBOLI	
CC SALERNO	
CC VALLO DELLA LUCANIA	
IPM NISIDA	
IPM AIROLA	

ESEMPIO	
SEDE	
CC ARIANO IRPINO	6
CC ARIENZO	7
CC AVELLINO -ICAM LAURO	8
CC BENEVENTO	1
CC NAPOLI POGGIOREALE	9
CC SANTA MARIA C.V.	10
CP NAPOLI SECONDIGLIANO	3
CR AVERSA	2
CR CARINOLA	5
CR SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	4
ICATT EBOLI	15
CC SALERNO	11
CC VALLO DELLA LUCANIA	13
IPM NISIDA	12
IPM AIROLA	14

Significato numerazione:
1 = sede di maggiore interesse;
17 = sede di minore interesse

* indicare l'ordine di priorità nella scelta di ogni sede mediante numerazione progressiva come nell'esempio a destra.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 l'insussistenza di situazioni di incompatibilità di cui all'art.5 dell'Avviso di selezione di professionisti psicologi e criminologi.

Eventuali annotazioni (indicare eventuale impossibilità ad assumere servizio per maternità, aspettativa, etc.):

_____

Data

_____

Firma

_____