

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 _____, telefono per immediata reperibilità _____
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 | |
| CC BENEVENTO | |
| CC NAPOLI POGGIOREALE | |
| CC SANTA MARIA C.V. | |
| CCF POZZUOLI | |
| CP NAPOLI SECONDIGLIANO | |
| CR AVERSA | |
| CR CARINOLA | |
| CR SANT'ANGELO DEI LOMBARDI | |
| ICAM LAURO | |
| CR/ICATT EBOLI | |
| CC SALERNO | |
| CC VALLO DELLA LUCANIA | |
| IPM NISIDA | |
| IPM AIROLA | |

| ESEMPIO | |
|---|----|
| SEDE | |
| CC ARIANO IRPINO | 8 |
| CC ARIENZO | 9 |
| CC AVELLINO | 10 |
| CC BENEVENTO | 1 |
| CC NAPOLI POGGIOREALE | 11 |
| CC SANTA MARIA C.V. | 12 |
| CCF POZZUOLI | 7 |
| CP NAPOLI SECONDIGLIANO | 3 |
| CR AVERSA | 2 |
| CR CARINOLA | 6 |
| CR SANT'ANGELO DEI LOMBARDI | 4 |
| ICAM LAURO | 5 |
| CR/ICATT EBOLI | 17 |
| CC SALERNO | 13 |
| CC VALLO DELLA LUCANIA | 15 |
| IPM NISIDA | 14 |
| IPM AIROLA | 16 |
| 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