All. 1

 Al Direttore della SISSA

 Via Bonomea 265

 T R I E S T E

 protocollo@sissa.it

Oggetto: Conferimento di attività a tempo parziale degli studenti per l’anno 2024

 Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente in \_\_\_\_\_

via

no. CAP codice fiscale

iscritto al anno del corso di Ph.D/Perfezionamento in \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare al concorso per il conferimento delle seguenti collaborazioni in questo ordine di priorità:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rendendosi disponibile a collaborare per un totale complessivo di

**□** 50 ore **□** 75 ore **□** 100 ore **□** 150 ore

**Al fine della formazione della graduatoria, il/la sottoscritto/a dichiara:**

**Di avere una conoscenza della lingua italiana:**

**□ Scarsa □ Discreta □ Buona □Ottima**

**Di avere una conoscenza della lingua inglese:**

**□ Scarsa □ Discreta □ Buona □Ottima**

**Di avere una buona conoscenza dei seguenti pacchetti applicativi/software:**

**□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ di avere avuto precedenti conferimenti di collaborazioni**

 (allegare dichiarazione del responsabile dell’attività, all. 2)

**□ di non avere avuto precedenti conferimenti di collaborazioni**

Fornisce inoltre in allegato:

**□** Modello ISEE per stabilire le condizioni di oggettivo svantaggio economico

**□** Informazioni riguardo precedenti esperienze relative all'attività per cui fa domanda.

Dichiara inoltre di aver preso visione del decreto di indizione del concorso e di accettare quanto da esso previsto.

Trieste,

 Firma leggibile

N.B.

Qualsiasi variazione intervenga rispetto ai dati comunicati nella presente domanda deve essere segnalata all'Amministrazione.

All. 2

Al Direttore della SISSA

Via Bonomea 265

TRIESTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Responsabile dell’attività \_\_

Dichiara che l’allievo/a \_\_\_\_\_\_\_

Ha collaborato presso questo ufficio/attività per ore nel corso dell’anno

**Affidabilità/Puntualità:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

**Competenza:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

**Precisione:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

**Giudizio Generale:**

□ Insufficiente □ Sufficiente □ Discreta □ Buona □Ottima

L’allievo/a è stato formato in particolare in queste attività:

1)

2)

3)

4)

5)

Il Responsabile dell’attività \_\_\_\_\_\_