

**PROGETTO STRATEGICO SUSTAINABILITY AND TOURISM IN THE MEDITERRANEAN  
(S&T MED) - CUP F89B14000270006**

**AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI UN ESPERTO TUTOR PER LE ATTIVITA' LEGATE ALLO SVILUPPO  
DEL MODELLO DELLA DESTINATION MANAGEMENT ORGANIZATION (D.M.O.)**

**Ministero dei beni e delle attività culturali e del  
turismo**

**Segretariato generale**

**Via del Collegio romano, 27**

**00186 ROMA**

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_

nell'autorizzare il Segretariato Generale del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo alla  
trasmissione telematica di eventuali comunicazioni connesse con la procedura selettiva al seguente indirizzo  
e-mail:

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per il conferimento di un incarico di Esperto Tutor  
D.M.O., con riferimento al progetto strategico S&T Med "Sustainability and Tourism in the Mediterranean",  
finanziato dal programma "ENPI CBC MED 2007/2013".

A tal fine, produce le dichiarazioni di seguito elencate.

**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni**

**(Art. 46, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea con adeguata conoscenza della lingua italiana;
- b) Godimento di diritti civili e politici;
- c) Non avere riportato condanne penali, né avere procedimenti penali in corso;
- d) Non essere sottoposto/a a misure di prevenzione;
- e) Non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero dichiarato/a decaduto/a da altro impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati di invalidità insanabile;
- f) Non avere altri impedimenti connessi alla propria condizione lavorativa o professionale;
- g) Diploma di laurea rilasciato secondo il vecchio ordinamento, oppure laurea specialistica o magistrale rilasciate in attuazione del D.M. n.509/99 o del D.M. 270/04.

Disciplina \_\_\_\_\_  
Università \_\_\_\_\_  
conseguita il \_\_\_\_\_;

h) Specifica esperienza professionale documentata, maturata nella progettazione e gestione dei processi e metodi partecipativi e nei progetti in ambito di cooperazione territoriale europea, nonché nella gestione di gruppi di lavoro in contesto nazionale e internazionale nell'ambito della progettazione e della pianificazione di strategie e strumenti per il turismo sostenibile e di marketing territoriale di cui all'art. 3, punto 8 e punto 9 dell'avviso di selezione;

i) Conoscenza delle lingue (indicare livello): \_\_\_\_\_;

j) Conoscenza dei principali e più diffusi software informatici (indicare quali): \_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

di aver maturato le seguenti esperienze professionali richieste all'art. 3, punto 8 e punto 9 dell'avviso di selezione:

<b>Esperienze lavorative</b> (a partire dall'impiego attuale, elencare in ordine cronologico decrescente le esperienze lavorative inerenti l'oggetto della selezione)		
<b>A. IMPIEGO ATTUALE (o comunque l'ultimo in ordine cronologico)</b>		
DA --/--/----	A --/--/----	RUOLO: _____
DATORE DI LAVORO: _____		TIPO DI ATTIVITÀ: _____
INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO: _____		TIPO DI IMPIEGO: Tempo pieno Tempo parziale (___%)
NOME DEL SUPERVISORE: _____		TIPOLOGIA DI CONTRATTO: Tempo indeterminato Tempo determinato Consulenza Collaborazione coordinata e continuativa
Indirizzo e-mail e numero di telefono: _____ _____		
		Indicare se si è svolto un ruolo di coordinamento: si no Se sì, indicare il numero di persone coordinate: _____
Descrizione delle mansioni e dei risultati conseguiti: _____ _____		
Causa della cessazione del rapporto di lavoro: _____		
<b>B. PRECEDENTI IMPIEGHI (in ordine cronologico decrescente)</b>		
DA --/--/----	A --/--/----	RUOLO: _____
DATORE DI LAVORO: _____		TIPO DI ATTIVITÀ: _____
INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO: _____		TIPO DI IMPIEGO: Tempo pieno Tempo parziale (___%)
NOME DEL SUPERVISORE: _____		TIPOLOGIA DI CONTRATTO: Tempo indeterminato Tempo determinato Consulenza Collaborazione coordinata e continuativa
Indirizzo e-mail e numero di telefono: _____ _____		
		Indicare se si è svolto un ruolo di coordinamento: si no Se sì, indicare il numero di persone coordinate: _____
Descrizione delle mansioni e dei risultati conseguiti: _____ _____		

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili (indicare con precisione tutti gli elementi utili alla valutazione):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---