

*Allegato A -- Schema da seguire nella compilazione della domanda (da presentare in carta semplice)*

**Al Dipartimento Multidisciplinare di Specialità  
Medico-Chirurgiche e Odontoiatriche**  
c/o Segreteria Amministrativa  
Via L. De Crecchio, 6  
80138 - NAPOLI

**OGGETTO:** Domanda di partecipazione alla procedura di valutazione comparativa, per soli titoli, per il conferimento di un contratto di collaborazione coordinata e continuativa da svolgersi presso il Dipartimento Multidisciplinare di Specialità Medico-Chirurgiche e Odontoiatriche della Seconda Università degli Studi di Napoli.

**Bando Decreto del Direttore n. .... del .....**

**Progetto di Ricerca .....**

**Responsabile Scientifico .....**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di essere ammesso\_ alla selezione pubblica in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

### **DICHIARA**

- i propri dati anagrafici:

- Cognome \_\_\_\_\_
- Nome \_\_\_\_\_
- Codice fiscale \_\_\_\_\_
- nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- cittadinanza \_\_\_\_\_
- residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_
- e-mail \_\_\_\_\_

- di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_  
conseguita presso \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_/\_\_\_;

- di essere in possesso dei seguenti altri titoli e/o esperienze lavorative (specificare ed allegare curriculum vitae):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

- di essere in possesso di tutti gli altri requisiti richiesti dal bando;

- di essere, in relazione agli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_;

- di non essere dipendente dello Stato, di Enti pubblici o Privati (se dipendente pubblico di impegnarsi a fornire il nulla osta da parte dell'ente di appartenenza a svolgere l'incarico prima della stipula del contratto);
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità, ai sensi di legge, a svolgere l'incarico mediante stipula di un contratto di collaborazione coordinata e continuativa con il Dipartimento;
- di essere fisicamente idoneo all'attività da svolgere;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere interdetto dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Inoltre, il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

---



---



---



---



---



---

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni

(indicare solo se diverso dalla residenza e impegnandosi a segnalarne successive variazioni):

presso \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

   sottoscritt\_ esprime, infine, il proprio consenso/dissenso alla diffusione e comunicazione dei propri dati personali (ai sensi del D.LGS. 196/2003 e ss.mm. – Codice in materia di protezione dei dati personali) a soggetti estranei al procedimento concorsuale.

(Luogo e Data) \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che codesta Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati.

**DICHIARA:**

di essere in possesso del/i sotto indicato/i titolo/i professionale/i e/o culturale/i:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La firma è obbligatoria, pena la nullità della presente dichiarazione sostitutiva di certificazione.

Allegato C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che codesta Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati.

**DICHIARA:**

che il/i sotto elencato/i titolo/i è/sono conforme/i all'originale:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Allego fotocopia del documento di riconoscimento.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La firma è obbligatoria, pena la nullità della presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.