



SECONDA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI

SCUOLA DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI
SALUTE MENTALE E FISICA
E MEDICINA PREVENTIVA

MODELLO A)

Schema esemplificativo della domanda
(da redigere in carta semplice)

Al Direttore del Dipartimento di
Salute Mentale e Fisica e Medicina
Preventiva
Largo Madonna delle Grazie
80138 - Napoli

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____
residente a _____ prov. _____ il _____
indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____
recapito telefonico _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione per il conferimento di n. _____ incarico di
collaborazione occasionale da svolgersi presso il Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e
Medicina Preventiva della Seconda Università di Napoli sito in Largo Madonna delle Grazie, 80138
- Napoli, di cui al Decreto n. 13 del 21/4/2015 consistente in

_____ nell'ambito del progetto _____
di cui è responsabile scientifico il Prof. _____

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000:

- che la propria cittadinanza è la seguente: _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ con
conseguito presso _____ in data _____ con
votazione _____;
- di aver conseguito il titolo accademico di dottore di ricerca in _____
in data _____ presso _____;
- di essere ovvero di non essere dipendente pubblico;

Seconda Università degli Studi di Napoli
Largo Madonna delle Grazie n. 1,
Cap 80138 - NAPOLI
T.: +39 081 5666503 - 0815666508
F.: +39 081 5666523
E.: dip.salutementalefisica@unina2.it
PEC: dip.salutementalefisica@pec.unina2.it



- (solo per i dipendenti pubblici) di impegnarsi a produrre il nulla osta dell'Ente di appartenenza prima dell'inizio dell'attività oggetto del incarico;
- di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento dell'attività;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere interdetto/a dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
- di eleggere agli effetti della procedura di valutazione il seguente domicilio:
via _____ città _____ (prov. _____)
c.a.p. _____ tel. _____;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito sopra indicato;
- di essere in possesso di tutti gli altri requisiti richiesti dal bando.

Allega alla presente domanda (Modello A) il curriculum vitae, **debitamente sottoscritto**, nonché i documenti attestanti le esperienze e le attività di cui all'art. 5 del bando di selezione e le dichiarazioni sostitutive di certificazione (Modello B) e di atto di notorietà (Modello C) relative ai titoli presentati.

Il/La sottoscritt__ esprime, inoltre, il proprio consenso per il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali forniti all'Amministrazione Universitaria direttamente per fini istituzionali e per l'espletamento della procedura concorsuale, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e di essere a conoscenza che gli competono i diritti previsti dalla medesima legge.

Il/la sottoscritt__ _____ dichiara di rinunciare ad ogni pretesa nel caso in cui non si dia luogo al conferimento dell'incarico.

Luogo e data, _____

Firma



SECONDA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI

SCUOLA DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI
SALUTE MENTALE E FISICA
E MEDICINA PREVENTIVA

(MODELLO B)

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____
indirizzo _____

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 titoli/i professionale/i e/o culturale/i:

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali oggetto della presente dichiarazione saranno trattati dalla Seconda Università degli Studi di Napoli esclusivamente per finalità inerenti alla procedura di selezione e per l'assolvimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione medesima. Il dichiarante, in qualità di interessato dell'anzidetto trattamento, può esercitare i diritti sanciti di cui alla Parte I Titolo II del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

Allego fotocopia del documento di riconoscimento

Luogo e data, _____

Il/La Dichiarante'

¹La firma è obbligatoria, pena la nullità della presente dichiarazione sostitutiva dell'atto di certificazione

Seconda Università degli Studi di Napoli
Largo Madonna delle Grazie n. 1,
Cap 80138 - NAPOLI
T.: +39 081 5666503 - 0815666508
F.: +39 081 5666523
E.: dip.salutementalefisica@unina2.it
PEC: dip.salutementalefisica@pec.unina2.it



SECONDA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI

SCUOLA DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI
SALUTE MENTALE E FISICA
E MEDICINA PREVENTIVA

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____
indirizzo _____

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 i sotto elencati titoli, allegati alla presente in copia fotostatica, sono conformi all'originale:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali oggetto della presente dichiarazione saranno trattati dalla Seconda Università degli Studi di Napoli esclusivamente per finalità inerenti alla procedura di selezione e per l'assolvimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione medesima. Il dichiarante, in qualità di interessato dell'anzidetto trattamento, può esercitare i diritti sanciti di cui alla Parte I Titolo II del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

Luogo e data, _____

Il/La Dichiarante

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve essere accompagnata da fotocopia del documento di riconoscimento, in corso di validità.

Seconda Università degli Studi di Napoli
Largo Madonna delle Grazie n. 1,
Cap 80138 - NAPOLI
T.: +39 081 5666503 - 0815666508
F.: +39 081 5666523
E.: dip.salutementalefisica@unina2.it
PEC: dip.salutementalefisica@pec.unina2.it