

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

**Al Dipartimento Multidisciplinare di Specialità  
Medico-Chirurgiche ed Odontoiatriche - S.U.N.-**  
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 di natura occasionale da svolgersi presso il Dipartimento Multidisciplinare di Specialità Medico-Chirurgiche ed 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 ammess\_ 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 occasionale 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.