

MODELLO A)

Schema esemplificativo della domanda
(da redigere in carta semplice)

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Mediche, Chirurgiche,
Neurologiche, Metaboliche e
dell'Invecchiamento
Piazza Miraglia, 2
80138 Napoli

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____
indirizzo _____
codice fiscale _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammess__ a partecipare alla selezione per il conferimento di n. __ incaric__ di
collaborazione scientifica di natura _____ per il supporto all'attività di ricerca da
svolgersi presso il Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e
dell'Invecchiamento dell'Università degli Studi della Campania sito in Piazza Miraglia, 2 80138
Napoli, di cui al bando prot. n. __ del __/__/____-COD. __/__/____ 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: _____
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;
- (solo per i dipendenti pubblici) di impegnarsi a produrre l'autorizzazione/nulla osta dell'Ente di
appartenenza, qualora prevista dall'amministrazione medesima, prima dell'inizio dell'attività
oggetto dell'incarico;
- di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento dell'attività;
- non essere destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso una Pubblica
Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, o cessato con provvedimento di

licenziamento o destituzione a seguito di procedimento disciplinare o di condanna penale, o dichiarato decaduto da altro pubblico impiego per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile o subito una condanna penale che, in base alla normativa vigente, preclude l'instaurazione di un rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione.

- non avere rapporti di parentela fino al quarto grado compreso, con il Responsabile Scientifico del Progetto, con alcun professore o ricercatore appartenente al Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, né con il Rettore, né con il Direttore Generale, né con alcun componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi della Campania.
- 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. 4 del bando di selezione e le dichiarazioni sostitutive di certificazione (Modello B) e/o 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 essere a conoscenza ed accettare che il Dipartimento - in regime di autotutela - con decreto motivato del Direttore, si riserva la facoltà di revocare la procedura di selezione, di sospendere ovvero di non procedere alla stipula del contratto con soggetto utilmente collocato in graduatoria, in ragione di esigenze non valutabili né prevedibili.

Luogo e data, _____

Firma

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 dall'Università degli Studi della Campania 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 Dichiarante¹

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a 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 o digitalizzati su supporto informatico, sono conformi all'originale:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

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 dall'Università degli Studi della Campania 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.