## **ALLEGATO N. 1 al DECRETO DEL DIRETTORE BANDO DI VALUTAZIONE COMPARATIVA PER L'AFFIDAMENTO CONTRATTI D' INSEGNAMENTO A TITOLO RETRIBUITO A.A. 2017/2018**

## **SEDE ESTERNA DI FORMAZIONE AORN “A. CARDARELLI“ - NAPOLI**

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI

MEDICINA DI PRECISIONE

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domicilio fiscale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(scrivere in stampatello)*

**CHIEDE**

che, per l’anno accademico 2017/2018, gli/le venga conferito mediante contratto di diritto privato a titolo retribuito, il seguente incarico di l’insegnamento:

|  |
| --- |
| **SEDE ESTERNA DI FORMAZIONE AORN “A. CARDARELLI“ - NAPOLI** |
| INSEGNAMENTO |
| CORSO INTEGRATO |
| SSD CFU - ORE - ANNO - SEMESTRE |

del Corso di Laurea per le Professioni Sanitarie in Tecniche di Laboratorio Biomedico attivato presso il Dipartimento di Biochimica, Biofisica e Patologia Generale della Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli.

Allega alla presente istanza, **dichiarazione sostitutiva dell’ atto di notorietà** e **copia di un documento di identità in corso di validità debitamente controfirmato**.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ ATTO DI NOTORIETA’

# (art. 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445)

# A tal fine, consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o mendace o esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, e delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 455,

DICHIARA

🞎 di essere in possesso di laurea:  *magistrale specialistica ciclo unico vecchio ordinamento*

🞎 dottorato di ricerca (se posseduto) conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 di rinunciare ad ogni pretesa nel caso in cui il conferimento del contratto non abbia esito positivo;

🞎 di non prestare servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

🞎 di prestare servizio in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

🞎 di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al presente bando;

🞎 di non avere controversie in atto con la Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli;

🞎 di svolgere all'atto della domanda di partecipazione la seguente attività lavorativa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero

🞎 di non svolgere all'atto della domanda di partecipazione nessuna attività lavorativa:

🞎 di aver preso visione del Regolamento per la disciplina degli incarichi didattici, D.R. n. 803 del 05/08/2013;

🞎 di essere cittadino straniero in regola con le vigenti disposizioni in materia di permesso di soggiorno

🞎 dichiara di non trovarsi in relazione di parentela o affinità entro il 4° grado compreso, con docenti e ricercatori del Dipartimento diBiochimica, Biofisica e Patologia Generale ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione della Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli, in ossequio a quanto disposto dall’art. 18, co. 1, lett. C, della legge n. 240/2010.

**Allega alla presente**:

🞎 **copia del curriculum vitae**, comprensivo dell’elenco delle pubblicazioni;

🞎 **copia di un documento di identità in corso di validità**;

🞎 autorizzazione allo svolgimento dell’insegnamento per contratto o copia della relativa richiesta da cui risulti la data di presentazione opportunamente protocollata e/o vidimata da un funzionario a ciò legittimato;

🞎 nonché i seguenti titoli o quant’altro utile ai fini di un’eventuale comparazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali oggetto della presente dichiarazione ai sensi della normativa vigente in materia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*luogo e data)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*firma leggibile)*

**N.B.:** Ai sensi dell’art. 39 del D.P.R. 28 dicembre 2000 –n°445, non è richiesta l’autenticazione della sottoscrizione della domanda.