

Allegato A

Al Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali
Università degli Studi della Campania
"L. Vanvitelli"
c/o Segreteria Amministrativa
Via Leonardo Bianchi,
c/o Ospedale Monaldi
80131 Napoli

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso_ a partecipare alla procedura di valutazione, per titoli e colloquio, diretta al conferimento di una borsa di studio per attività di ricerca – indetta con D.D. n. _____ del _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

- consapevole che questa Amministrazione effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese
- consapevole che qualora le sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla procedura selettiva
- consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

DICHIARA

- che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

nat_ a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

cittadinanza _____ residente a _____ Prov. _____

_____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;
- 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;



● Università
● degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

Scuola di Medicina e
Chirurgia

Dipartimento di
Scienze Mediche
Traslazionali

e che le n. pubblicazioni, ove presentate in copia, sono conformi agli originali;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e ss. mm., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa.

- di accettare pienamente le condizioni riportate nel bando e di essere pienamente consapevole della natura del rapporto.

(Luogo e Data) _____

Firma

Allega:

- curriculum vitae di studi e professionale unitamente a copia di un valido documento di riconoscimento
- pubblicazioni/altri titoli
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (indicare solo se diverso dalla residenza):

presso _____

Città _____ prov. _____ c.a.p. _____

Via _____ n. _____

Scuola di Medicina e
Chirurgia
Dipartimento di
Scienze Mediche
Traslazionali

Via Leonardo Bianchi
c/o AORN Monaldi
80131 Napoli
T.: +39 081 7062634
F.: +39 081 3720510

dip.scienzemedichetraslazionali@unicampania.it
scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it
www.scienzemedichetraslazionali.unicampania.it