

**MODELLO A)**

Schema esemplificativo della domanda  
(da redigere in carta semplice)

Al Direttore del Dipartimento di  
Medicina di Precisione  
Via L. de Crechio,7  
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 Medicina di Precisione dell'Università degli Studi della  
Campania "Luigi Vanvitelli" sito in Via L. de Crechio, 7 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 ..... 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 Medicina di Precisione, 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 Dichiarante,

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>La 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.*

**MODELLO D)**

**OGGETTO:** Dichiarazione di presa d'atto della modalità telematica per lo svolgimento della prova per titoli e colloquio della procedura selettiva finalizzata al conferimento di n. .... incarico di diritto privato autonomo professionale per l'attività di ricerca "....." presso il Dipartimento di Medicina di Precisione dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli" di cui al bando prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ COD. \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di prendere atto che la prova relativa al concorso in oggetto si svolge in modalità telematica;
- di essere consapevole che il collegamento deve essere audio e video;
- che il proprio contatto telefonico è \_\_\_\_\_;
- che il proprio contatto telematico (MICROSOFT TEAMS) è \_\_\_\_\_, considerando che la modalità indicata è in videoconferenza con Microsoft Teams;
- che il proprio indirizzo di posta elettronica è \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi ad essere sempre reperibile nel corso dell'espletamento della prova concorsuale mediante i predetti contatti e a comunicare alla commissione immediatamente, mediante qualsiasi mezzo idoneo, eventuali impedimenti sopravvenuti non dipendenti dalla propria volontà;
- di essere consapevole delle proprie responsabilità penali e civili, impegnandosi ad astenersi da qualsiasi comportamento che possa direttamente o indirettamente pregiudicare il regolare svolgimento della procedura concorsuale.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_