

Allegato B

Al Dipartimento di Scienze Mediche
Traslazionali
c/o Segreteria Amministrativa
Via Leonardo Bianchi,
c/o Ospedale Monaldi
80131 Napoli

Oggetto: manifestazione di interesse allo svolgimento dell'attività _____

nell'ambito del progetto _____

_____ (bando prot. _____)

Il sottoscritt _____

Codice fiscale _____ nat_ a

_____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

cittadinanza _____ residente a _____

Prov. _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

in servizio presso _____

tel _____ inquadrato nella cat. _____ area _____

- 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

- di essere disponibile a prestare l'attività descritta nel bando prot. n. _____ del _____ durante l'orario di servizio ed a titolo gratuito;
- 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;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità, ai sensi di legge, a svolgere l'incarico mediante stipula di un contratto di diritto privato con il Dipartimento;
- 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;
- di essere in possesso della Laurea _____ conseguita presso _____ in data _____ con votazione ____/____;
- di possedere esperienza professionale qualificata maturata presso questo Ateneo o altri enti pubblici o organizzazioni private coerenti con il profilo ricercato (così come documentate nel curriculum);
- di essere in possesso dei seguenti altri titoli e/o esperienze lavorative (specificare ed allegare curriculum vitae) e che gli stessi – qualora allegati in copia – sono conformi agli originali:

- di presentare, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:

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, 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 autonoma ed occasionale del rapporto lavorativo che si instaurerà a seguito della sottoscrizione del contratto di lavoro professionale.

(Luogo e Data) _____

Firma

Allega:

- curriculum vitae di studi e professionale unitamente a copia di un valido documento di riconoscimento e prende atto che, ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. n. 33/13, i dati contenuti in esso saranno oggetto di pubblicazione sulla pagina web di Ateneo dedicata alla trasparenza
- 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. _____

NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA

Il sottoscritto _____ responsabile della
Struttura _____ alla
quale afferisce il dott. _____ autorizza il trasferimento
temporaneo / mobilità parziale del dipendente per mesi _____ presso il dipartimento
_____ senza ulteriore
richiesta di sostituzione dello stesso.

Timbro e firma

Allegato C)

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche
Traslazionali dell'Università degli Studi della
Campania "Luigi Vanvitelli"

dip.scienzemedichetraslazionali@pec.unicampania.it

OGGETTO: Dichiarazione di presa d'atto della modalità telematica per lo svolgimento della procedura selettiva per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo senza coordinamento per attività di supporto al progetto di "Studio della fisiopatologia della malattia renale cronica in pazienti affetti da Sindrome di Bardet-Biedl" (Responsabile scientifico Prof. Andrea Bianco) per l'esecuzione della seguente prestazione: "Analisi statistica dei dati clinici e studi omici sui pazienti affetti da Sindrome di Bardet-Biedl". emanato con Decreto protocollo n. _____ del _____ Repertorio n. _____.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ (_____) il ____/____/____

DICHIARA

- di prendere atto ed accettare che il colloquio del concorso in oggetto si svolga 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 è _____, considerando che la modalità indicata è _____;
- 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.

Data _____

Luogo _____

Il dichiarante

*

*Si prega di firmare per esteso