



MODELLO A

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale c.u. in Medicina e Chirurgia
Prof. Antonio Filippini
Facoltà di Medicina e Psicologia

OGGETTO: **AVVISO DI VACANZA DEI CORSI DI INSEGNAMENTO A.A. 2023/2024**

Da coprirsi mediante:

AFFIDAMENTO IN CONVENZIONE

DATA DI PUBBLICAZIONE: 07/09/2023

DATA DI SCADENZA: **09/10/2023**

Il/La sottoscritto/a _____, presa visione del bando di

AVVISO DI VACANZA DEI CORSI DI INSEGNAMENTO A.A. 2023/2024

CHIEDE

di poter partecipare alla selezione in oggetto per i seguenti INSEGNAMENTI:

1. _____
2. _____
3. _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

a) di essere nato/a _____ il _____

b) di essere residente a _____

in Via _____ n° _____ Prov (____)

Cellulare _____ email _____

c) di essere cittadino/a italiano/a

d) di godere dei diritti civili e politici, ovvero i motivi che ne impediscano o limitano il godimento

e) di *(barrare il punto che interessa)*:

- non aver riportato condanne penali



- di aver riportato condanne penali _____
- f) di *(barrare il punto che interessa)*:
 - non aver procedimenti in corso
 - aver in corso i seguenti procedimenti penali: *(indicare specificatamente i procedimenti penali in corso, citando gli estremi del procedimento nonché i reati per i quali si procede)*:

- g) di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito il _____ presso _____
- h) di lavorare presso _____ reparto _____
- i) di essere in possesso dei requisiti previsti nel bando
- j) di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente selezione al seguente recapito mail:
_____ impegnandosi a comunicare eventuali successive variazioni
- k) di voler insegnare nel predetto Corso di Laurea Magistrale
- l) di autorizzare il trattamento dei dati personali per finalità legate alla procedura concorsuale, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003
- m) di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole in esso contenute
- n) di essere consapevole della veridicità delle dichiarazioni contenute nella domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui al DPR. 445/2000 in caso di false dichiarazioni.

Allega:

- ✓ fotocopia di un documento;
- ✓ curriculum vitae;
- ✓ elenco pubblicazioni;
- ✓ dichiarazione di accettare a svolgere le attività didattiche professionalizzanti a piccoli gruppi presso l'Azienda ospedaliera Universitaria di Riferimento Sant'Andrea;
- ✓ nulla osta del Direttore Generale dell'Azienda.

Roma, _____

(firma autografa non autenticata)