***Modulo per il conferimento di 18 assegni ex legge 170/2003***

Al Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia

Domanda di partecipazione per

Area medica
Area Psicologia, pedagogia e servizio sociale

… l … sottoscritt…. ….…………………………………………………………..

nat….a…………………….………………………………il …………………………

residente a……………………………. in via/piazza………………………………

tel……………………………..codice fiscale……………………………………….

indirizzo email……………………………………………………………………….

iscritt al Dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 al ……. anno del corso di laurea magistrale/specialistica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla valutazione comparativa per il conferimento di n. 18 assegni per l’incentivazione delle attività didattiche e di recupero.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D. Lgs. N. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole che il rilascio di false o incomplete dichiarazioni è reato:

* di aver conseguito il diploma di laurea (*triennale per gli iscritti alla*

*laurea magistrale/specialistica ovvero laurea quinquennale o equivalente per gli iscritti al dottorato di ricerca o scuola di specializzazione; da non compilare solo per gli iscritti alla laurea magistrale in Medicina e Chirurgia*) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la seguente votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di aver conseguito la seguente media dei voti degli esami \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (non operare arrotondamenti);

(*gli iscritti al I anno di laurea magistrale dei corsi di area P e delle professioni sanitarie indichino la media dei voti conseguita nella laurea triennale; gli iscritti ad anni successivi delle lauree magistrali, ai corsi di dottorato e alle scuole di specializzazione indichino la media dei voti conseguita nella laurea magistrale*)

- di avere/non avere precedenti esperienze di collaborazione in attività didattico – integrative (*specificare quali*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

- (*dichiarazione eventuale)* di essere in possesso delle seguenti pubblicazioni scientifiche (*allegare esclusivamente l’elenco delle pubblicazioni*);

- che l' indicatore della situazione economica equivalente dichiarato per l’anno accademico in corso, é pari a Euro …………………..;

- che la posizione relativamente ai versamenti effettuati per tasse, contributi, arretrati o eventuali multe per l'anno accademico in corso è regolare;

- di non aver fruito di borse di mobilità SOCRATES/ERASMUS nello stesso anno accademico;

- di non avere fruito di contributi per i tirocini Leonardo.

- di non aver fruito di borse di studio per dottorato e scuole di specializzazione

*Allega copia di un documento di identità.*

***Autocertificazione delle competenze****(indicare con una X il livello delle conoscenze)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lingua Inglese** | Nulla | Discreta | Buona | Ottima |
| *Scrittura* |  |  |  |  |
| *Lettura* |  |  |  |  |
| *Comprensione orale* |  |  |  |  |
| *Conversazione* |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informatica** | Nulla | Discreta | Buona | Ottima |
| *Excel* |  |  |  |  |
| *Word processor* |  |  |  |  |
| *E- learning Moodle* |  |  |  |  |
| *Programmi di analisi statistiche* |  |  |  |  |
| *Banche dati**BIDS* |  |  |  |  |

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma