



ALLEGATO A

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DA REDIGERSI SU CARTA LIBERA**

Al Responsabile Amm.vo Delegato  
Dipartimento di Scienze Cliniche Internistiche,  
Anestesiologiche e Cardiovascolari,  
V.le del Policlinico 155 – Roma

Il/La sottoscritto/a .....CIRCOSTA FRANCESCO.....  
Nato/a a.....LOCRI.....prov. di.....(RC)..... il.....27/07/1995.....  
e residente a .....ROMA.....(Prov....RM.....) in.....  
Via.....VIALE DELLE PROVINCE 79.....(Cap.....00162.....)  
chiede di essere ammesso/a a partecipare alla procedura selettiva pubblica, per titoli e colloquio per il conferimento di un assegno di ricerca avente il seguente progetto di ricerca VALUTAZIONE DEL DANNO RENALE IN PAZIENTI CON IPERALDOSTERONISMO PRIMARIO Settore Scientifico disciplinare TIPOLOGIA I MED/09 presso il DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE INTERNISTICHE, ANESTESIOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI di cui al bando n AR008/2022 del 16/12/2022

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76, D.P.R. 445/2000)

**Dichiara**

Ai sensi degli artt. 19, 19 bis, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

1) di aver conseguito il diploma di Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA

2) - **(In caso di assegno di tipo I di cui all'art. 3 del Regolamento):** di possedere il curriculum scientifico-professionale idoneo allo svolgimento dell'attività di ricerca.

- **(In caso di assegno di tipo II di cui all'art. 3 del Regolamento):** di essere in possesso del titolo di dottore di ricerca (PostDoc) in .....oppure di essere in possesso del seguente titolo equivalente conseguito all'estero ovvero, per i settori interessati, di essere in possesso di titolo di specializzazione di area medica corredato di un'adeguata produzione scientifica, o di possedere la qualifica di ricercatore con curriculum più avanzato anche per aver ottenuto le seguenti posizioni strutturate in Università, Enti di ricerca, istituzioni di ricerca applicata, pubbliche o private, estere o, limitatamente alle posizioni non .....di.....ruolo, italiane.....;

3) di essere cittadino ITALIANO.....

4) di godere dei diritti politici

5) di non avere riportato condanne penali e di non avere in corso procedimenti penali ed amministrativi per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione, né di avere a proprio carico precedenti penali iscrivibili nel casellario giudiziario ai sensi dell'art. 686 del c.p.p.

In caso contrario, indicare la data del provvedimento e l'autorità giudiziaria che lo ha emesso (indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono giudiziale, non menzione ecc.) e/o dei procedimenti penali pendenti.....;

6) di non cumulare un reddito imponibile personale annuo lordo di lavoro dipendente, come definito dall'art. 49 del TUIR titolo I, capo IV, superiore a € 16.000,00.



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

- 7) di non essere titolare di altre borse di studio a qualsiasi titolo conferite o di impegnarsi a rinunciare in caso di superamento della presente procedura selettiva; di non essere iscritto a Corsi di Laurea, Laurea specialistica o magistrale, dottorato di ricerca con borsa o specializzazione medica, in Italia o all'estero, Master universitari;
- 8) di non essere dipendente di ruolo dei soggetti di cui all'art. 22, comma 1, della L. 240/2010;

9) di svolgere la seguente attività lavorativa presso.....

(specificare datore di lavoro, se ente pubblico o privato e tipologia di rapporto).....;

10) di non avere un grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, ovvero un rapporto di coniugio, con un professore appartenente al Dipartimento che bandisce la selezione, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";

11) di voler ricevere le comunicazioni relative alla presente procedura selettiva al seguente indirizzo di posta elettronica: CIRCOSTA.1635375@STUDENTI.UNIROMA1.IT

I candidati portatori di handicap, ai sensi della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche, dovranno fare esplicita richiesta, in relazione al proprio handicap, riguardo l'ausilio necessario per poter sostenere il colloquio.

Il sottoscritto allega alla presente domanda, in formato pdf:

- 1) fotocopia di un documento di riconoscimento;
- 2) dichiarazione relativa all'eventuale fruizione del dottorato di ricerca senza borsa e/o attività svolta in qualità di assegnista di ricerca (Allegato B);
- 3) documenti e titoli che si ritengono utili ai fini del concorso (diplomi di specializzazione, attestati di frequenza di corsi di perfezionamento post-laurea conseguiti in Italia o all'estero, borse di studio o incarichi di ricerca conseguiti sia in Italia che all'estero, etc.);
- 4) curriculum della propria attività scientifica e professionale datato e firmato;
- 6) eventuali pubblicazioni scientifiche;

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data 15/01/2023

Firma Franca G. M.



ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(da allegare alla domanda secondo quanto previsto dall'art. 4 del bando)

Io sottoscritto/a .....FRANCESCO CIRCOSTA.....  
nato il .....27/07/1995..... a.....LOCRI..... (prov. ...RC.....) codice fiscale  
.....CRCFNC95L27D976T, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non  
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 ed ai sensi  
dell'art. 22 della Legge 240/2010

DICHIARO

di usufruire del dottorato di ricerca senza borsa di studio dal ..... al  
.....  
(totale ..... mesi/anni .....)

di essere stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell'art. 22 della Legge 240/2010:  
dal ..... al ..... (totale mesi/anni .....)  
presso .....  
dal ..... al ..... (totale mesi/anni .....)  
presso ..... dal  
..... al ..... (totale mesi/anni .....)  
presso .....

X di non essere mai stato titolare di assegno di ricerca, ai sensi dell'art. 22 della Legge  
240/2010.

di essere stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi dell'art.  
24 della Legge 240/2010:  
dal ..... al ..... (totale anni .....)  
presso .....  
dal ..... al ..... (totale anni .....)  
presso .....

X di non essere mai stato titolare di contratto di ricercatore a tempo determinato, ai sensi  
dell'art. 24 della Legge 240/2010:

Indicare eventuali periodi trascorsi in aspettativa per maternità o per motivi di salute  
secondo ..... la ..... normativa  
vigente.....

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003,  
che i dati personali  
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del  
procedimento per il  
quale la presente dichiarazione viene resa.

DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE CLINICHE INTERNISTICHE  
ANESTESIOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

Luogo e data

Roma 15/01/2023

(FIRMA) ..... *Franco Lodi* .....



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

**(da allegare alla domanda secondo quanto previsto dall'art. 5 del bando)**

Il/la sottoscritto Dott. FRANCESCO CIRCOSTA.....  
Nato/a il .....27/07/1995..... a...LOCRI..... (prov. ...RC.....) codice fiscale  
.....CRCFNC95L27D976T.....,

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci, incorrerà nelle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e decadrà immediatamente dalla eventuale attribuzione dell'assegno di ricerca:

1) Di essere in possesso del diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA conseguito il 13/07/2020 con la votazione di 110/110 CON LODE presso UNIVERSITA' DEGLI STUDI LA SAPIENZA con votazione per i singoli esami di profitto .....

PATOLOGIA INTEGRATA II – 28

MEDICINA INTERNA E CHIRURGIA GENERALE – 30

METODOLOGIA MEDICO SCIENTIFICA MEDICINA LEGALE – 30 E LODE

FARMACIA E TOSSICOLOGIA – 28

FISICA MEDICA – 27

CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA – 28

ISTOLOGIA ED EMBRIOLOGIA – 23

BIOLOGIA GENETICA – 20

METODOLOGIA MEDICO SCIENTIFICA DI BASE – 26

ANATOMIA UMANA – 28

BIOCHIMICA – 25

FISIOLOGIA UMANA – 20

PATOLOGIA E FISIOPATOLOGIA GENERALE – 30

MICROBIOLOGIA – 28

IMMUNOLOGIA E IMMUNOPATOLOGIA – 26

METODOLOGIA METODO SCIENTIFICA CLINICA – 29

PATOLOGIA INTEGRATA I – 26

PATOLOGIA INTEGRATA III – 30 E LODE

ANATOMIA PATOLOGICA E CORRELAZIONI ANATOMO CLINICHE – 30

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – 26

METODOLOGIA MEDICO SCIENTIFICA INTEGRATA – 27

PATOLOGIA INTEGRATA V – 30

PATOLOGIA INTEGRATA IV – 28

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA CLINICA – 30

MEDICINA DI LABORATORIO – 29

LINGUE INGLESE – 30

MALATTIA DELL'APPARATO LOCOMOTORE E REUMATOLOGIA – 29

PATOLOGIA DEGLI ORGANI DI SENSO – 27

MALATTIA DEL SISTEMA NERVOSO – 25

MEDICINA INTERNA E CHIRURGIA GENERALE II – 30



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

PEDIATRIA – 30  
METODOLOGIA MEDICO SCIENTIFICA SANITA' PUBBLICA - 30 E LODE  
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA – 30 E LODE  
EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE – 30 E LODE  
MEDICINA INTEGRATA E CHIRURGIA GENERALE III – 26  
DERMATOLOGIA E CHIRURGIA PLASTICA – 20

2) Di essere in possesso del titolo di Dottore di ricerca in ..... conseguito il  
..... presso.....

3) Di essere in possesso del diploma di specializzazione in ..... conseguito il  
..... presso.....

4) Di essere in possesso dei seguenti attestati di frequenza a corsi di perfezionamento post-  
laurea : .....

.....  
5) Di avere svolto attività di ricerca presso .....

6) Di essere inoltre in possesso dei seguenti titoli che si ritengono utili ai fini della selezione:  
.....

Il/la sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.  
n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,  
esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene  
resa.

Luogo e data

Roma 15/01/2023

Il/La dichiarante ..... *Francesca Caschi* .....



**Allegato D**

AL Responsabile Amm.vo Delegato  
Dipartimento di Scienze Cliniche Internistiche,  
Anestesiologiche e Cardiovascolari,  
V.le del Policlinico 155 - Roma

**Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13  
(Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di  
informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).**

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. N. 445/2000 e ss.mm.ii.**

Con la presente, io sottoscritto/a , FRANCESCO CIRCOSTA,  
nato/a il 27/07/1995, a \_\_\_\_\_ LOCRI\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_ RC \_\_\_\_\_  
in qualità di (\*) \_\_\_\_\_ RICHIEDENTE \_\_\_\_\_, per le  
finalità di cui all'art. 15 c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/13

**DICHIARO**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste  
dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi  
indicate,

X di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o  
finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

**ovvero**

di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto  
privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti  
attività professionali:

---

---

---

Io sottoscritto/a unisco alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di  
identità:

\_ CARTA IDENTITA' n. \_CA19050EJ\_  
rilascato da \_MINISTERO DEGLI INTERNI\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_20/06/2019\_\_\_\_\_  
Roma,

Il/La dichiarante

*Francesco Circosta*



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a FRANCESCO CIRCOSTA  
nato il 27/07/1995 a LOCRI (prov. RC) codice fiscale CRCFNC95L27D976T., residente in  
.....ROMA.....

Ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di  
dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.  
445/2000,

**DICHIARO**

Che i titoli e le pubblicazioni di seguito riportate sono conformi all'originale:

- EVALUATION OF INTRA-RENAL STIFFNESS IN PATIENTS WITH PRIMARI ALDOSTERONISM.  
HIGH BLOOD PRESS CARDIOVASC-PREV
- ANALYSIS OF THE MIRNA EXPRESSION FROM THE ADIPOSE TISSUE SURROUNDING THE  
ADRENAL NEOPLASIA FRONT CARDIOVASC MED
- RELATIONSHIP BETWEEN PLASMA ALDOSTERONE LEVELS AND ARTERIAL STIFFNESS  
PARAMETERS IN HYPRTENSIVE PATIETNS WITH SUBCLINICAL VASCULAR DAMAGE. INT  
YCARDIOL CARDIOVASC RISK PREV.
- ULTRASOUND-GUIDED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOK IS EFFECTIVE AS  
LAPOROSCOPIC TROCAR SITE INFILTRATION IN POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT IN  
PATIENZ UNDERGOING ADRENAL SURGERY AM SURG.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003,  
che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti  
informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente  
dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Roma 15/01/2023

Il/La dichiarante *Francesco Circosta*

**Si allega fotocopia del documento di riconoscimento.**