



## ALLEGATO 1

Al Direttore del  
Master in “Citopatologia diagnostica e screening di  
popolazione”  
Sapienza Università di Roma  
Via Di Grottarossa 1035  
00189 Roma

Io Sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il.....

Codice Fiscale:.....

Qualifica Professionale.....

Ente di appartenenza.....

chiedo di poter partecipare alle procedure comparative per l’affidamento di un incarico di  
docenza .....

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R.28.12.2000 n.445 e consapevole

Delle sanzioni penali, nel caso dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate  
dall’art. 76 D.P.R.445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

1) di essere in possesso dei seguenti titoli:

.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;  
.....;

2) di essere cittadino .....

3) di non aver mai riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;



**oppure**

di aver riportato la seguente condanna .....emessa dal .....in data  
.....

**oppure**

di avere in corso i seguenti procedimenti penali pendenti.....;

4) di non avere un grado di parentela o affinità fino al quarto grado compreso, 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";

5) di voler ricevere le comunicazioni relative alla presente procedura selettiva al seguente indirizzo di posta elettronica .....

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- 1) Curriculum professionale in formato europeo datato e firmato;
- 2) Allegato 2, dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 44 5/2000 e ss.mm.ii.
- 3) fotocopia di un documento di riconoscimento;
- 4) (eventuale) titoli valutabili, non rilasciati da altre pubbliche amministrazioni italiane, prodotti in originale o in copia dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva contenuta nell'Allegato 2.

Il sottoscritto si impegna a richiedere al proprio ente di appartenenza la prevista autorizzazione allo svolgimento del presente incarico in caso risulti vincitore.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data ..... Firma

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n445)



**ALLEGATO 2**

Al Direttore del  
Master in Citopatologia diagnostica e  
screening di popolazione”  
Sapienza Università di Roma  
Via di Grottarossa 1035.  
00189 Roma

Con la presente io sottoscritt .... Cognome .....

Nome .....

nat.. a .....(prov. ....) il .....

e residente a ..... (prov. ....) in

via.....n. .... ai sensi degli artt. 46 e 47

del D. P. R. n. 445/2000 e ss. mm. ii, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiaro per le finalità di cui all'art. 15, comma 1 lett. c) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).

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:

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

Dichiaro altresì che sono conformi agli originali le copie semplici dei titoli non rilasciati da altre pubbliche amministrazioni italiane che si producono ai fini della valutazione comparativa in allegato alla domanda di partecipazione al presente bando di seguito elencati:

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

DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
CLINICA E MOLECOLARE



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

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

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

.....n.....  
rilasciato da.....il.....  
Roma,

Firma