Al Direttore del Dipartimento di Scienze Cliniche

 Internistiche, Anestesiologiche e

 Cardiovascolari

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI BORSE DI RICERCA di cui al bando BS n. …………. Del ………………**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e Luogo di Nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (solo per i cittadini italiani)

Cittadinanza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica al quale saranno inviate tutte le comunicazioni relative allo svolgimento della presente procedura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per il conferimento di n. 1 borsa di ricerca presso il:

Dipartimento: Dipartimento di Scienze Cliniche Internistiche, Anestesiologiche e Cardiovascolari

Tematica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabile scientifico: Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gruppo scientifico-disciplinare/Settore scientifico-disciplinare di riferimento nel cui ambito si svolgerà l’attività di ricerca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

**DICHIARA**

**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità degli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara sotto la propria responsabilità:**

1. di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione previsti per la partecipazione alla presente procedura:
2. laurea o laurea specialistica/magistrale/magistrale a ciclo unico/magistrale a percorso unitario in ……………………………………………….Classe………….
3. conseguita in data……………………………….
4. con votazione…………….
5. presso l’Università di ………………………………. (indicare equipollenza se titolo straniero);
6. di essere in possesso degli ulteriori seguenti titoli valutabili indicati nell’art 4 del bando di selezione:
7. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
8. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
9. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
10. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
11. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
12. di essere iscritto al …… anno di corso della alla laurea magistrale in …..………………...…………………………
13. di essere iscritto al ……. anno di corso di dottorato di ricerca/scuola di specializzazione non medica /master in …………………………………………………………...…………………………………………
14. di non usufruire attualmente di altre borse di studio a qualsiasi titolo conferite (es. borsa di dottorato), ad eccezione di quelle concesse da Istituzioni nazionali e straniere utili ad integrare, con soggiorni all’estero, l’attività di ricerca del borsista;
15. di non frequentare corsi di specializzazione medica, in Italia e all’estero;
16. di non essere titolare di assegni di ricerca o contratti di ricerca ex art. 22 della Legge 30 dicembre 2010, n. 240;
17. di non avere rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato, fatta salva la possibilità che il borsista venga collocato in aspettativa senza assegni;
18. di non svolgere attività abituale di lavoro autonomo, anche parasubordinato.
19. di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni del bando di selezione.
20. di non avere un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado, con il responsabile scientifico della borsa di ricerca, con un professore o ricercatore afferente al Dipartimento o alla struttura sede dell’attività della borsa di ricerca, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Università.

**ATTESTA INOLTRE**

ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dagli art. 76 e 77 del medesimo e s.m.i., la veridicità di quanto dichiarato nella presente domanda e nei relativi allegati e che i documenti allegati sono conformi agli originali.

**Allega alla presente domanda:**

* Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (firmata e in formato pdf)
* Documenti ulteriori non autocertificabili (es. dichiarazioni di equipollenza dei titoli stranieri)
* Informativa al trattamento dei dati (firmata e in formato pdf)

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma ……………………..……………………………..

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)