

Allegato A

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina Interna e Specialità Mediche
V.le del Policlinico 155
00161 Roma

.....I.....sottoscritt.....nat...a..... (prov.di.....) il.....e residente
in..... (prov.di.....) cap..... via..... n.....
C.F. _____

Chiede

di essere ammessa... a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo per lo svolgimento dell'attività di¹ prot. n.²....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità che:

- 1) è in possesso di cittadinanza.....
- 2) non ha riportato condanne penali e non ha procedimenti penali in corso (a);
- 3) è in possesso del diploma di laurea inconseguito in data..... presso l'Università di.....con il voto di..... (oppure del titolo di studio straniero di.....conseguito il presso.....e riconosciuto equipollente alla laurea italiana in.....dall'Università di.....in data.....);
- 4) (dichiarazione eventuale) è in possesso del diploma di dottore di ricerca in..... conseguito in data....., presso l'Università di.....sede amministrativa del dottorato;
- 5) non ha un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, ovvero rapporto di coniugio, con un professore appartenente al Dipartimento di, ovvero con il Magnifico Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza";
- 6) elegge il proprio domicilio in.....(città, via, n. e cap.) tel..... e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Allega alla domanda i seguenti titoli valutabili:

- 1) dichiarazione sostitutiva di certificazione del diploma di laurea;
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di dottore di ricerca;
- 3) dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà di tutti i titoli scientifici che ritiene valutabili ai fini della procedura di valutazione comparativa;
- 4) *curriculum vitae* in formato europeo datato e firmato.

Allega, inoltre, alla domanda la fotocopia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data.....

Firma.....

a) In caso contrario indicare le condanne riportate, la data di sentenza dell'autorità giudiziaria che l'ha emessa, da indicare anche se è stata concessa amnistia, perdono giudiziale, condono, indulto, non menzione ecc., e anche se nulla risulta sul casellario giudiziale. I procedimenti penali devono essere indicati qualsiasi sia la natura degli stessi.

b) Apporre la propria firma in calce alla domanda; la stessa non dovrà essere autenticata da alcun pubblico ufficiale.

¹ Indicare l'oggetto dell'incarico riportato sul bando.

² Indicare il numero di protocollo riportato sul bando.

Allegato "B"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____, residente in _____
Via _____, C.F. _____

Consapevole che, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati sono commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione dai pubblici uffici,

DICHIARA

Di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Data _____

Il Dichiarante

- a) Si allega copia fotostatica di un valido documento di identità
- b) La dichiarazione sostitutiva di atto notorio, completa di tutti gli elementi utili per la valutazione, deve essere spedita già sottoscritta, in allegato alla domanda, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità.

Allegato "C" in carta semplice

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina Interna e Specialità Mediche
V.le del Policlinico 155
00161 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 , _____,

nato/a il _____ , a _____ , prov. _____

C.F. _____, 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 edichairazioni mendaci ivi indicate,

- 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:

_____ n. _____
rilascato da _____ il _____

Roma,

Il dichiarante

Allegato "C1 (*)" in carta semplice

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina Interna e Specialità Mediche
V.le del Policlinico 155
00161 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 , _____,

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 edichairazioni mendaci ivi indicate,

- 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:

_____ n. _____
rilascato da _____ il _____

Roma,

Il dichiarante
