ALLEGATO A

Al Direttore del Dipartimento

Scienze medico chirurgiche e medicina traslazionale

Sapienza Università di Roma

Via Giorgio Nicola Papanicolau snc – 00189 ROMA

Il/La sottoscritto ......................................................................nato/a a ....................................... Il …….,codice fiscale n. ………………..…………………………………., residente in................................................, via............................................................ CAP...............................tel.…………………………………………………………Indirizzo di posta elettronica………………………………………………

chiede di partecipare alla procedura comparativa per il conferimento di un incarico di prestazione professionale di lavoro autonomo per lo svolgimento dell’attività di ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..di cui alla procedura comparativa n......... del ……………………………………………

A tal fine, ai sensi della legge 445/2001 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 :

* è in possesso di cittadinanza ……………………………………………………...;
* di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
* di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: ………………………………………………...................................................................................
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
* di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* ⁫E’ dipendente di una Pubblica Amministrazione;
* ⁫NON E’ dipendente di una Pubblica Amministrazione;

Allega alla domanda il curriculum sottoscritto in ogni pagina della propria attività scientifico professionale e dei titoli posseduti, e la fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Data ……………………. Firma …………………………………….