**ALLEGATO B**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

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

Io sottoscritto/a ………………………………………………………...………………………………………………….

nato/a il …………………………….…….. a………………………..……….…………………… (prov. …………..….) codice fiscale ……………………………………………….., 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 ……………..…………) presso………………....…………………………………………………….

□ 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 …………...…………………………………………………………………………………………………………

dal ………….……………….... al …………..…………………….. (totale mesi/anni ……………...……..…………)

presso …………...…………………………………………………………………………………………………………

dal ………….……………….... al …………..…………………….. (totale mesi/anni ……………...……..…………)

presso …………...…………………………………………………………………………………………………………

□ 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 …………...…………………………………………………………………………………………………………

□ 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.

………………………………………… ……………………………………….……

Luogo e data (FIRMA)