**Allegato “A”**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L’ASSEGNAZIONE DI UNA BORSA DI RICERCA DI TIPOLOGIA SENIOR**

(dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000)

Bando di Selezione **Prot. del** Al Direttore del Dipartimento di

Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Il sottoscritto (cognome e nome) ………………………………………………………

Codice fiscale ……………………………….….

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura selettiva pubblica per **Titoli** e **Colloquio** per l’attribuzione di una Borsa di Ricerca Senior presso codesto Dipartimento per la seguente attività: “**Studio del test da sforzo cardiopolmonare in pazienti affetti da asma grave e nella risposta alla terapia con farmaci biologici**”

e

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000. Il sottoscritto è altresì consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (Art. 75 DPR 28/12/2000 n. 445).

* di essere nato/a a ……………………………… (provincia di ……) il ………..
* di essere residente in via………………………………………….n° … Comune di ……………………..……. (provincia di …….) cap……….
* di eleggere il seguente recapito agli effetti del concorso:

Città ………………………………………… (provincia di …………… )

Via ………………………………………………………… CAP …………

* numero telefonico…………… e-mail: ……………………

(indirizzo al quale dovranno essere trasmesse tutte le comunicazioni relative alla selezione)

* di essere cittadino/a ……………………………………….
* di possedere la laurea in ………………………………………… conseguita

in data …………………………. presso l’Università di …………………………………

con la seguente votazione ………………… …………… discutendo una tesi in …………….. dal seguente titolo……………………………..

* di essere in possesso del titolo di Dottore di Ricerca in ……………………… conseguito in data …………. presso l’Università di………………………………
* di essere in possesso del titolo di specializzazione in ………………………. conseguito in data ……………….. presso l’Università di…………………………………
* di essere in possesso degli ulteriori seguenti titoli valutabili ai fini della presente procedura di selezione:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….…………………….……………………………………………………….………………………

* di avere le seguenti pubblicazioni scientifiche:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito.
* *(dichiarazione facoltativa ma da specificare)* di rinunciare al preavviso dei sette giorni previsto per il colloquio.
* di non aver alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con il Responsabile Scientifico della borsa di ricerca, con un professore appartenente al Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive ovvero, con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione della “Sapienza” Università di Roma,
* non essere titolare di borse di studio o di ricerca a qualsiasi titolo conferite;

Ovvero:

* di essere titolare di borse di studio o di ricerca a qualsiasi titolo conferite e di impegnarsi a rinunciarvi nel caso di superamento della presente procedura selettiva;
* di non frequentare di corsi di dottorato di ricerca con borsa e di specializzazione medica, in Italia e all’estero;
* di non essere titolare di Assegno di ricerca;
* di essere titolare di rapporto di lavoro subordinato, fatta salva la possibilità che il borsista venga collocato in aspettativa senza assegni;

Ovvero:

* di non avere rapporti di lavoro subordinato;
* di non svolgere attività di lavoro autonomo, anche parasubordinato;

Ovvero:

* di svolgere attività di lavoro autonomo, anche parasubordinato.

I borsisti possono svolgere attività di lavoro autonomo anche parasubordinato, previa comunicazione scritta al Responsabile Scientifico e a condizione che

1. Non comporti conflitto di interessi con la specifica attività svolta dal borsista;
2. Non rechi pregiudizio all’Università, in relazione alle attività svolte;

ALLEGA ALLA DOMANDA I SEGUENTI TITOLI VALUTABILI:

1. copia dei documenti, attestati, titoli scientifici e pubblicazioni non in possesso della PA;
2. curriculum redatto in conformità al vigente modello europeo - d.lgs. 33/2013 (artt. 10, 14, 15, 15bis, 27) sottoscritto della propria attività scientifico-professionale
3. copia di un documento d’identità in corso di validità.

Ai sensi delle notifiche, introdotte con l’art. 15, co. 1, della legge 12 novembre 2011 n.183, alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenute nel D.P.R. 445/2000, **le Pubbliche Amministrazioni non possono più richiedere né accettare atti o certificati contenenti informazioni già in possesso della P.A.** Pertanto, **saranno ammesse e considerate valide le sole dichiarazioni sostitutive di certificazione** presentate ai sensi dell’art. 46 del D.P.R.445/2000.

Data……………………………… Firma………………………………….

(DA NON AUTENTICARE)

*Informativa ai sensi del Regolamento europeo n. 679/2016: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell’ambito delle attività istituzionali dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, titolare del trattamento. Al Titolare competono i diritti di cui al Regolamento europeo n. 679/2016.*

**ALLEGATO D**

OGGETTO: Informazioni di cui all’art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della**,** da parte delle strutture in indirizzo, 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, il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), in qualità di (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per le finalità di cui all’art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

□ di non svolgere incarichi, di non di 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) indicare la qualità

Modello per personale esterno

Oggetto: **Dichiarazione ai fini dell’applicazione dell’arti 21-ter del decreto-legge n. 201/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 214/2011 e sue successive modificazioni ed integrazioni.**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze derivanti dalle dichiarazioni false e mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA’

1. Che prevede di percepire, nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i seguenti importi lordi per retribuzione/emolumenti/compensi corrisposti in relazione ad incarichi ulteriori e/o consulenze conferite dall’amministrazione di appartenenza e da altre pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1 comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, nonché dalle Autorità Indipendenti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soggetto Conferente1 | Natura dell’incarico/rapporto2 | Data di conferimento | Importo lordo (anche presunto) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Che percepisce i seguenti trattamenti pensionistici pubblici obbligatori:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ente erogante | tipologia | Importo lordo3 (anche presunto) |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Che prevede di percepire, nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, i seguenti importi lordi per

Retribuzioni/emolumenti/compensi corrisposti in relazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichino variazioni della propria situazione sopra indicata, ivi esclusa l’attribuzione di trattamenti pensionistici pubblici obbligatori, il/la sottoscritto/a si impegna a darne immediata comunicazione all’amministrazione che ha conferito l’incarico.

*I dati saranno pubblicati sul sito del soggetto conferente, secondo le modalità previste dalla citata normativa in materia di protezione dei dati personali.*

*(luogo e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del dichiarante*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI**

(ai sensi dell’art. 53, comma 14, D. lgs. n. 165/2001)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in relazione all’incarico di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

DICHIARA

(Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

l’insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l’Università di Roma “Sapienza”;

di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di lavoro autonomo nell’interesse dell’Università di Roma “Sapienza”;

di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive ovvero, con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione della “Sapienza” Università di Roma, così come disposto dall’art. 18 comma 1 lettera b) ultimo periodo della Legge 240/2010;

di aver preso piena cognizione del Codice di Comportamento dei dipendenti del Università di Roma “Sapienza”, approvato con D.R. 1528/2015;

Il/la sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Firma