Allegato “A”

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE**

(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 partecipare al concorso per l’attribuzione di una borsa di studio per la seguente attività di ricerca post-lauream: …………………………………………………………

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. 761 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

* 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: ……………………
* 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 di venti giorni previsto per il colloquio.

Data………………………………………….. Firma………………………………….

Allegato “B”

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE*

*(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)*

Al Direttore del Dipartimento

di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Il/La sottoscritt…………………………………………………………………………………

codice fiscale n. ……………………………………………

nato/a a ……………………………………………………….. (prov. di…………) il ………………

residente in via ………………………………… Comune di…………..(prov. di…………) cap.

…… …..tel……… e-mail: ……………………

DICHIARA

Che le copie dei documenti/titoli/pubblicazioni inviate in formato elettronico unitamente alla domanda di partecipazione alla selezione, e qui di seguito elencati, sono conformi agli originali:

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

Il sottoscritto inoltre dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara di essere a conoscenza che i propri dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, saranno trattati dall’Università per assolvere gli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia del documento di identità in corso di validità 2

Data…………………………………………………… Firma 2……………………………….

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

2 La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione.

2 La firma è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, e deve essere leggibile.

Allegato “C”

Al Direttore del Dipartimento di Sanità

Pubblica e Malattie Infettive

della “Sapienza” Università di Roma

P.le Aldo Moro n. 5

00185 ROMA

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, io sottoscritt\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per le finalità di cui all’art. 15, c.1 del D. Lgs. n. 33/2013,

dichiaro

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:

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

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

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

Io sottoscritt\_, unisco 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*

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