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………………………………….

*Informativa:*

*I dati sopra riportati sono raccolti e trattati ai sensi della vigente normativa in materia.*

*Al Titolare competono i diritti derivanti dalla sopracitata normativa*

 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

**Allegato “D**

**AI SENSI DELL’ART.13 DEL REGOLAMENTO UE n. 679/2016 del 27.04.2016 “Regolamento generale sulla protezione dei dati” nonché della vigente normativa nazionale Titolare del trattamento dei dati**

E’ titolare del trattamento dei dati Sapienza Università di Roma; legale rappresentante dell’Università e il Rettore pro tempore.

Dati di contatto : urp@uniroma1.it; PEC: protocollosapienza@cert.uniroma1.it

**Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati**

rpd@uniroma1.it; PEC: rpd@cert.uniroma1.it

**1 Finalità del trattamento e base giuridica:** i dati saranno trattati per tutti gli adempimenti connessi all’esecuzione del bando di concorso, nel rispetto della vigente normativa in materia.

**2 Natura del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto:** Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l’esclusione dal concorso. L’eventuale rifiuto di fornire i dati comporta la mancata fruizione del beneficio economico previsto.

**3 Eventuali destinatari o categorie di destinatari dei dati:** i dati saranno trattati, anche in forma automatizzata, per le finalità istituzionali di Sapienza Università di Roma

**4 Eventuale trasferimento a Paesi terzi e/o O.I.:** ------------------------------------------------

**5 Periodo di conservazione:**

**6 Ulteriori informazioni:**

**Diritti dell’interessato:**

Si informa che l’interessato potrà chiedere al titolare o al responsabile della protezione dei dati, sopra indicati, ricorrendone le condizioni, l’accesso ai dati personali ai sensi dell’art. 15 del Regolamento, la rettifica degli stessi ai sensi dell’art. 16 del Regolamento, la cancellazione degli stessi ai sensi dell’art. 17 del Regolamento o la limitazione del trattamento ai sensi dell’art. 18 del Regolamento, ovvero potrà opporsi al

loro trattamento ai sensi dell’art. 21 del Regolamento, oltre a poter esercitare il diritto alla portabilità dei dati ai sensi dell’art. 20 del Regolamento.

In caso di violazione delle disposizioni del Regolamento, l’interessato potrà proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Io sottoscritto dichiaro di aver letto e compreso la su esposta informativa nonché di prestare il consenso al trattamento dei dati per le finalità di cui alla informativa medesima.

Luogo ……………………………………, data ………………………………………………………

Firma ……………………………………………